

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Tel.: (02 31) 79 33-07
 Fax: (02 31) 79 33-188

info@gtp-system.de
 www.gtp-system.de

GTP-System GmbH & Co. KG Am Brambusch 22 44536 Lünen

WKZ

Wundverlauf und weiters Procedere

Wundverlauf Procedere

Info

	Wundnummer <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Lokalisation:	Grad <input type="checkbox"/> 1 Hautschädigung <input type="checkbox"/> 2 Gewebeschädigung <input type="checkbox"/> 3 freil. Fascien <input type="checkbox"/> 4 freil. Knochen/Sehnen	Datum: 		
Zustand <input type="checkbox"/> Nekrose <input type="checkbox"/> Fibrin <input type="checkbox"/> Granulation <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> > 50 % <input type="checkbox"/> < 50 % <input type="checkbox"/> Epithel	Exsudat <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> mäßig Geruch <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> faulig <input type="checkbox"/> süßlich <input type="checkbox"/> säuerlich	<input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> viel Farbe: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> grünlich <input type="checkbox"/> gelblich <input type="checkbox"/> bräunlich	Größe/Schmerz Tiefe Fläche xcm TascheUhr Schmerz (lt. Analogskala 1-10)	Wundumgebung <input type="checkbox"/> ohne Befund <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> stark gerötet <input type="checkbox"/> mazeriert <input type="checkbox"/> unterminiert <input type="checkbox"/> geschwollen	Wundgrund <input type="checkbox"/> ohne Befund <input type="checkbox"/> Belag <input type="checkbox"/> Biofilm <input type="checkbox"/> schwach durchblutet <input type="checkbox"/> gut durchblutet <input type="checkbox"/> Epithelinseln
Bemerkung: 				Handzeichen: 	

weiteres Procedere Verbandswechsel: <input type="checkbox"/> täglich alle Tage vom..... bis	durch <input type="checkbox"/> Patienten / Angehöriger <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Wundkompetenzzentrum <input type="checkbox"/> Pflegedienst
--	--

1. Debridement:	
2. Wundspülung	
3. Schutzfilm:	
4. Wundauflage	
5. Kompressen	
6. Schutzverband	
7. Kompression	<input type="checkbox"/> täglich
8. Begleittherapie:	

Vertragsarztstempel/Unterschrift Arzt

DialogpartnerIn bzw.
 zust. MitarbeiterIn für Rückfragen