

Stammdaten

Einrichtung
Hausarzt
Überw. Arzt

Wunddokumentationsbogen

Wundbefund Datum keine Läsion (wenn mehrere Läsionen: Befund No....)

Läsionsalter: Auslöser.....Rezidiv/ Rezidivfreie Zeit Monate

Wundschmerz nein ja (1-10) :

Lokalisation

Zehe No		Ferse	<input type="checkbox"/>	Fuß	<input type="checkbox"/>	Knöchel	<input type="checkbox"/>	Unterschenkel	<input type="checkbox"/>
plantar	<input type="checkbox"/>	dorsal	<input type="checkbox"/>	ventral	<input type="checkbox"/>	lateral	<input type="checkbox"/>	medial	<input type="checkbox"/>

Wundbeschreibung (Mehrere gleiche Wunden: größte Wunde beschreiben / Verschiedene Wunden: neuer Dokubogen)

Größe (mm)	Länge	Breite	Tiefe		
Oberfläche	feucht <input type="checkbox"/>	nass <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	verkrustet	<input type="checkbox"/>
Beläge	keine <input type="checkbox"/>	fibrinös <input type="checkbox"/>	eitrig <input type="checkbox"/>	blutig	<input type="checkbox"/>
Farbe	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>	schwarz <input type="checkbox"/>	livide	<input type="checkbox"/>
Stadium	Exsudation <input type="checkbox"/>	Granulation <input type="checkbox"/>	Epithelbildung <input type="checkbox"/>	Nekrose	<input type="checkbox"/>
Deformitäten	Hallux valgus <input type="checkbox"/>	Hammerzehen <input type="checkbox"/>	Krallenzehen <input type="checkbox"/>	Hallux rhigidus	<input type="checkbox"/>
Graduierung					
Wagner/Armst.		DNOAP			

Therapie

Wundaufgabe	
Verband	
Verbandswechsel	Ja <input type="checkbox"/> Mitbehandler <input type="checkbox"/>
Wiedervorstellung	
Weitere Planung	Doppler <input type="checkbox"/> Duplex <input type="checkbox"/> MR-Angio <input type="checkbox"/>
	Angiologe <input type="checkbox"/> Gefäßchirurg <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/>

Fußbefund graphisch oder Fotodokument:

