

# Checkliste zur Behandlung chronischer Wunden

Diese Checkliste kann zur Wunddokumentation genutzt werden. Die Wunddokumentation kann aber auch anderweitig z.B. im PVS erfolgen. Teil A und Teil B können unabhängig voneinander verwendet werden. Die Checkliste dient der Orientierung, worauf bei der Dokumentation der wirtschaftlichen Wundversorgung zu achten ist.

## Teil A

### Angaben zum Patienten

Name	Vorname	Geb. am	Versichertennummer
Seit wann besteht/bestehen die Wunde/n? Rezidive Wunde/n? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wie ist/sind die Wunde/n entstanden?	Datum der Erhebung	
Komorbiditäten (z.B. Adipositas)	Diabetes? CVI? Durchblutungsstörungen bekannt?		
Lokalisation der Wunde/n	Anzahl der Wunde/n		
<b>Aktuelle Diagnose</b> <input type="radio"/> Ulcus cruris venosum <input type="radio"/> Ulcus cruris mixtum <input type="radio"/> Ulcus cruris arteriosum <input type="radio"/> Diabetisches Fußsyndrom (DFS) <input type="radio"/> Dekubitus <input type="radio"/> Andere (posttraum., Verbrennungen, Malignom...)	Anamnese:		
Sonstige Patientenrelevante Aspekte (Compliance, Lebensumstände):			

## Bitte ausfüllen: Therapie der Grunderkrankung/Wundursache

---

Angaben zu Art und Dauer

Kompressionstherapie bei Ulcus cruris möglich? (z.B. Kurzzug-Kompressionsverband mit Unterpolsterung/ Mehrkomponenten-Kompressionssystem/ adaptive Bandagen/ Ulcus-Strumpfsystem)  
 Ja  Nein (warum nicht?)

Gefäßchirurgische Revaskularisation vor der Wundbehandlung erforderlich?  
 Ja  Nein (warum nicht?)

Druckentlastung bei diabetischem Fußsyndrom (z.B. TCC/konfektionierte Orthese/Filzpolster im Verbandschuh)  
 Ja  Nein (warum nicht?)

Druckentlastung bei Dekubitus (z.B. Lagerungshilfen und Hilfsmittel gegen Dekubitus und Positionswechsel durch HKP (Verordnung nach Nr. 12 der HKP-RL) oder Angehörige)  
 Ja  Nein (warum nicht?)

Medikamentöse Therapie bzw. Maßnahmen zur Optimierung der Therapie der Grunderkrankung  
 Ja (Angabe der Art)  Nein

## Wirtschaftliche Verbandmittelauswahl

---

Begründung für die Auswahl der Art der Wundauflage unter Beachtung des Wundzustands  
z.B. Größe, Tiefe, Umgebung, Exsudat

---

Auswahl kostengünstiger Verbandmittel z.B. mithilfe Verbandstoffpreisliste  Ja

Hinweis: Vorsicht bei Empfehlungen Dritter (z.B. Wundmanager)

---

Angeordnetes Verbandwechselintervall  
Geschätzte Verbrauchsmenge der Verbandmittel pro Woche

---

Täglicher Verbandwechsel (z.B. wegen sehr starker Exsudation) erforderlich?

Ja → Einsatz herkömmlicher Wundverband

Nein → Einsatz moderner Wundauflagen möglich (Verbandwechsel max. alle 2-3 Tage)

## Reevaluation der Wundbehandlung

---

Ergebnis der Reevaluation (spätestens nach 6 Wochen)

Unter Berücksichtigung (k)einer Heilungstendenz, Zustand der Wunde, durchgeführter Therapie der Wundursache, der Compliance des Patienten  
Eingeleitete Maßnahmen bei ausbleibendem Therapieerfolg z.B. weitere diagnostische Abklärung

**Fragen zur Verordnung von Verbandmitteln?** Direktkontakt Verordnungsberatung Arzneimittel: 0711-7875 3663

## Teil B Fortlaufende Dokumentation bei Verbandwechsel Befunde

Datum Verbandwechsel						
Klinische Beurteilung der Wunde/n						
Größe und Tiefe der Wunde/n, Wundgrund						
Wundexsudat						
Wundrand/Wundumgebung						
Wundgeruch? Schmerzen?						
Hinweise auf chron. venöse Insuffizienz? Fußpulse tastbar? ggf. Dopplerbefund						
Neuropathie ja <input type="radio"/> /nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>

**Therapie**

Lokaltherapie der Wunde/n					
Wundreinigung					
Wundfüller					
Sekundärverband					
Fotodokumentation vorhanden?					
Sonstiges					