

# 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)?                                                                                                                                                            |              | Datum der Erhebung                             |                    |
| Rezidivierende Wunde(n)?                                                                                                                                                                            | Ja      Nein | Wie ist/sind die Wunde(n) entstanden?          |                    |
| Komorbiditäten (z. B. Adipositas)                                                                                                                                                                   |              | Diabetes? CVI? Durchblutungsstörungen bekannt? |                    |
| Lokalisation der Wunde(n)                                                                                                                                                                           |              | Anzahl der Wunde(n)                            |                    |
| Aktuelle Diagnose<br>Ulcus cruris venosum<br>Ulcus cruris mixtum<br>Ulcus cruris arteriosum<br>Diabetisches Fußsyndrom (DFS)<br>Dekubitus<br>Andere (posttraumatisch, 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-Kompressions-system/adaptiven 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 Verbandmittel-Preisliste

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)

Angaben bei abweichender Vorgehensweise

## Reevaluation der Wundbehandlung

Ergebnis der Reevaluation (spätestens nach 6 Wochen) unter Berücksichtigung (k)einer Hei-  
lungstendenz, 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

[illegible]

## Therapie

|                              |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Datum                        |  |  |  |  |  |  |  |
| Lokaltherapie der Wunde(n)   |  |  |  |  |  |  |  |
| Wundreinigung                |  |  |  |  |  |  |  |
| Wundfüller                   |  |  |  |  |  |  |  |
| Sekundärverband              |  |  |  |  |  |  |  |
| Fotodokumentation vorhanden? |  |  |  |  |  |  |  |
| Sonstiges                    |  |  |  |  |  |  |  |