

Wundverlauf

Lokalisation _____

Datum: _____ Breite: _____ Tiefe: _____ Länge: _____

Datum: _____ Breite: _____ Tiefe: _____ Länge: _____

Behandlung durchgeführt nach dem Wundbehandlungsplan vom:

Wundumgebung	Wundrand	Wundgrund	Wundexudat	Entzündungszeichen
ödematös <input type="checkbox"/>	intakt <input type="checkbox"/>	Granulationsgewebe <input type="checkbox"/>	serös <input type="checkbox"/>	Rötung <input type="checkbox"/>
gerötet <input type="checkbox"/>	ödematös <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/>	blutig <input type="checkbox"/>	Schwellung <input type="checkbox"/>
gereizt <input type="checkbox"/>	mazeriert <input type="checkbox"/>	nekrotisch <input type="checkbox"/>	keins <input type="checkbox"/>	Überwärmung <input type="checkbox"/>
reizlos <input type="checkbox"/>	epithelisiert <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	Schmerz <input type="checkbox"/>
trocken <input type="checkbox"/>	nekrotisch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	Geruch <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	rissig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eitrig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilphase:	verbessert <input type="checkbox"/>	verschlechtert <input type="checkbox"/>	unverändert <input type="checkbox"/>	Hdz. _____
Informiert wurde:	Hausarzt <input type="checkbox"/>	Wundberater <input type="checkbox"/>	Angehörige <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behandlung durchgeführt nach dem Wundbehandlungsplan vom:

Wundumgebung	Wundrand	Wundgrund	Wundexudat	Entzündungszeichen
ödematös <input type="checkbox"/>	intakt <input type="checkbox"/>	Granulationsgewebe <input type="checkbox"/>	serös <input type="checkbox"/>	Rötung <input type="checkbox"/>
gerötet <input type="checkbox"/>	ödematös <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/>	blutig <input type="checkbox"/>	Schwellung <input type="checkbox"/>
gereizt <input type="checkbox"/>	mazeriert <input type="checkbox"/>	nekrotisch <input type="checkbox"/>	keins <input type="checkbox"/>	Überwärmung <input type="checkbox"/>
reizlos <input type="checkbox"/>	epithelisiert <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	Schmerz <input type="checkbox"/>
trocken <input type="checkbox"/>	nekrotisch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	Geruch <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	rissig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eitrig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilphase:	verbessert <input type="checkbox"/>	verschlechtert <input type="checkbox"/>	unverändert <input type="checkbox"/>	Hdz. _____
Informiert wurde:	Hausarzt <input type="checkbox"/>	Wundberater <input type="checkbox"/>	Angehörige <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____ Breite: _____ Tiefe: _____ Länge: _____

Datum: _____ Breite: _____ Tiefe: _____ Länge: _____

Behandlung durchgeführt nach dem Wundbehandlungsplan vom:

Wundumgebung	Wundrand	Wundgrund	Wundexudat	Entzündungszeichen
ödematös <input type="checkbox"/>	intakt <input type="checkbox"/>	Granulationsgewebe <input type="checkbox"/>	serös <input type="checkbox"/>	Rötung <input type="checkbox"/>
gerötet <input type="checkbox"/>	ödematös <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/>	blutig <input type="checkbox"/>	Schwellung <input type="checkbox"/>
gereizt <input type="checkbox"/>	mazeriert <input type="checkbox"/>	nekrotisch <input type="checkbox"/>	keins <input type="checkbox"/>	Überwärmung <input type="checkbox"/>
reizlos <input type="checkbox"/>	epithelisiert <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	Schmerz <input type="checkbox"/>
trocken <input type="checkbox"/>	nekrotisch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	Geruch <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	rissig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eitrig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilphase:	verbessert <input type="checkbox"/>	verschlechtert <input type="checkbox"/>	unverändert <input type="checkbox"/>	Hdz. _____
Informiert wurde:	Hausarzt <input type="checkbox"/>	Wundberater <input type="checkbox"/>	Angehörige <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behandlung durchgeführt nach dem Wundbehandlungsplan vom:

Wundumgebung	Wundrand	Wundgrund	Wundexudat	Entzündungszeichen
ödematös <input type="checkbox"/>	intakt <input type="checkbox"/>	Granulationsgewebe <input type="checkbox"/>	serös <input type="checkbox"/>	Rötung <input type="checkbox"/>
gerötet <input type="checkbox"/>	ödematös <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/>	blutig <input type="checkbox"/>	Schwellung <input type="checkbox"/>
gereizt <input type="checkbox"/>	mazeriert <input type="checkbox"/>	nekrotisch <input type="checkbox"/>	keins <input type="checkbox"/>	Überwärmung <input type="checkbox"/>
reizlos <input type="checkbox"/>	epithelisiert <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	Schmerz <input type="checkbox"/>
trocken <input type="checkbox"/>	nekrotisch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	Geruch <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	rissig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eitrig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilphase:	verbessert <input type="checkbox"/>	verschlechtert <input type="checkbox"/>	unverändert <input type="checkbox"/>	Hdz. _____
Informiert wurde:	Hausarzt <input type="checkbox"/>	Wundberater <input type="checkbox"/>	Angehörige <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>