



# Wunddokumentation bei der Aufnahme

# **Weiterbildung Wundmanager 2010**

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe

Innrain 98

6020 Innsbruck

## **Projektarbeit**

### **Wunddokumentation bei der Aufnahme**

Autorin: Zöggeler Verena

Adresse: Am Berg 3

39012 Sinich/ Meran

(BZ) Italien

E- Mail: [verena.zoeggeler@gmail.com](mailto:verena.zoeggeler@gmail.com)

Meran, August 2010

## 1. Vorwort

Seit 4 Jahren arbeite ich auf der Abteilung für Innere Medizin im Gesundheitsbezirk Meran. In dieser Zeit hatte ich häufig Kontakt zu Patienten mit chronischen Wunden. Allen voran begegnete ich dabei Diabetikern mit Wunden aufgrund ihrer Polyneuropathien, Patienten mit venös-arteriellen Versorgungsproblemen sowie Patienten mit Druckulceras. Dabei musste ich leider immer wieder feststellen, wie unterschiedlich die einzelnen Auffassungen einer Wundbeschreibung und der entsprechenden Wundversorgung sind. Dies gilt für das ärztliche als auch das pflegende Personal. Vielfach wird einfach „aus dem Bauch heraus“ entschieden, welcher Verbandstoff zur Anwendung kommt.

Aktuell erfolgt die Wunddokumentation in unserer Abteilung in nicht standardisierter, freier Form.

Dies bedeutet, dass jeder im Behandlungsteam die Wunde nach subjektiv erfassten Merkmalen beschreibt.

## Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort .....	1
2.	Einleitung.....	3
3.	Allgemeine Aspekte der Wunddokumentation .....	4
3.1	Aufgaben und Ziele einer Wunddokumentation sind:.....	5
3.2	Arten der Wunddokumentation.....	6
3.2.1	Papierdokumentation.....	6
3.2.2	Fotografische Dokumentation.....	6
3.2.3	EDV-gestützte Wunddokumentation .....	7
4.	Dokumentationsinhalte .....	7
4.1	Medizinische Wunddiagnose und Wundklassifikation.....	7
4.2	Lokalisation.....	8
4.3	Wundgröße .....	8
4.4	Wundrand .....	9
4.5	Wundumgebung.....	10
4.6	Wundexsudation .....	10
4.7	Wundgrund .....	11
4.8	Wundschmerz bzw. wundnaher Schmerz.....	11
5.	Praktischer Teil .....	13
6.	Zusammenfassung .....	15
7.	Schlussfolgerung .....	15
8.	Anhang .....	16
9.	Schlussblatt .....	18
10.	Literaturverzeichnis.....	19

## 2. Einleitung

Die subjektive Wundbeurteilung bringt viele Probleme mit sich. So werden Verbandsmaterialien je nach persönlich eingeschätzter Wundbeschaffenheit ausgewählt, wobei diese Einschätzungen – wie in Befragungen nachgewiesen - stark variieren. Mitunter kommen auch persönliche Vorlieben ohne Begründung der Auswahl des Materials zum Tragen. Darunter leiden Kontinuität und Nachvollziehbarkeit der Behandlung sehr stark. Die Konsequenz daraus ist eine teilweise unbefriedigende Wundversorgung. Es kommt zu Unsicherheit, Unzufriedenheit und Vertrauensverlust von Seiten des Patienten, des weiteren zu einer Steigerung der Behandlungskosten und somit zu einer vermehrten Belastung für unser Gesundheitssystem.

(vgl. Fortner, 2009, Moderne Wunddiagnostik)

Im Rahmen meiner Arbeit werde ich darstellen, dass nur durch eine möglichst objektive Wundbeschreibung und Wunddokumentation eine interdisziplinär erfolgreiche Wundversorgung erfolgen kann. Sie ist Grundlage für eine einheitliche, systematische und funktionelle Auswahl der entsprechenden Verbandstoffe.

Als Ziel möchte ich ein standardisiertes Arbeitsblatt entwickeln, das eine objektive, interdisziplinär funktionierende Wundbeurteilung ermöglicht.

### 3. Allgemeine Aspekte der Wunddokumentation

*„Die Wunddokumentation ist Bestandteil der pflegerischen und ärztlichen Dokumentation, welche im Rahmen der Wundversorgung durchgeführt wird“*

(Skriptum Wunddokumentation 25.2.10 Marianne Hintner)

*„Die Wunddokumentation umfasst die schriftlich dokumentierten Ergebnisse des Wundassessments und der Wundanamnese“*

(Pflege von Menschen mit chronischen Wunden 2. Auflage Von Eva-Maria Panfil Gerhard Schröder Seite 155)

*„Wundassessment, auch Wundanalyse genannt, ist die Beschreibung der lokalen Wundsituation anhand vorgegebener Parameter, wie .z.B. der Größe der Wunde“*

(Pflege von Menschen mit chronischen Wunden 2. Auflage von Eva-Maria Panfil Gerhard Schröder Seite 155)

Generell kann sich die Wunddokumentation positiv auf die Behandlungssicherheit aller Beteiligten auswirken. Durch sie können Therapiefortschritte, Wundverschlechterung oder Stagnation der Wunde schneller nachgewiesen und dadurch die Therapie dementsprechend adaptiert oder umgestellt werden. Dies wirkt sich natürlich auch auf die Qualität der Wundbehandlung aus. Da sie einen interdisziplinären Informationsaustausch (beispielsweise zwischen Arzt, Pflegeperson, Physiotherapeuten, Diätologen usw.) über die Therapie oder den Wundzustand gewährleistet, kann eine wahllose Therapieveränderung, weil die Wunde von einer anderen Person versorgt wird, verhindert werden.

Ein weiterer Grund für die Wunddokumentation ist die gesetzliche Vorschreibung aber auch die rechtliche Absicherung. Nur das was wirklich dokumentiert ist, gilt als getan und kann, wenn nötig, vor Gericht hilfreich sein.

(Wunddokumentation 2010, [www.pflegewiki.de/wiki/Wunddokumentation](http://www.pflegewiki.de/wiki/Wunddokumentation), Zugriff: 22. 06. 2010).

### 3.1 Aufgaben und Ziele einer Wunddokumentation sind:

- Darstellung der Ergebnisse der Diagnostik: Um eine chronische Wunde zum abheilen zu bringen muss man die Ursache der Entstehung der Wunde wissen und ebenso eventuelle Wundheilungsstörungen identifizieren.
- Planung der Therapie: nach der Erhebung der möglichen Ursachen können die notwendigen Maßnahmen geplant werden.
- Bewertung der Auswirkung der Behandlung: Das Aussehen, die Größe und andere Parameter der Wunde werden mehrmals erhoben und verglichen, um entscheiden zu können, ob die Wundtherapie Erfolg zeigt oder nicht
- Vorhersage und Zielerreichung: Einige Kriterien, wie z.B. Alter und Größe der Wunde, erlauben die Ableitung von Prognosen. Dies ist wichtig für Patienten und Angehörigen um sich auf die Therapielänge einzustellen.
- Erfassung und Beurteilung von Qualitätsindikatoren: Die Dokumentation dient im Rahmen des Qualitätsmanagement zur Evaluierung der Versorgungsqualität. Entsprechend den Ergebnissen müssen diagnostische und therapeutische Verfahren verbessert werden.
- Rechtliche Dokumentation der Versorgung: Anhand der Dokumentation können durchgeführte Maßnahmen und deren Effekte sichtbar gemacht werden. Schlicht nach dem Motto „Was nicht dokumentiert wurde, gilt als nicht durchgeführt.“

Wenn alle oben genannten Aspekte zu dokumentieren sind, kann durchaus die Gefahr bestehen, dass die Dokumentation viel mehr Zeit in Anspruch nimmt als erwünscht.

„Schreibst du noch oder pflegst du schon?“ Dieser veränderte Werbespruch soll klar machen: Es darf nicht sein, dass für die Dokumentation mehr Zeit in Anspruch genommen wird als für die Betreuung des Betroffenen. Um dies zu verhindern gibt es verschiedene Instrumente.

Vgl. Eva-Maria Panfil Gerhard Schröder 2010 Pflege von Menschen mit chronischen Wunden 2 Auflage Seite 156

## 3.2 Arten der Wunddokumentation

Man unterscheidet zwischen drei Dokumentationsarten:

- **Papierdokumentation**
- **fotografische Dokumentation**
- **EDV – gestützte Wunddokumentation**

### 3.2.1 Papierdokumentation

kann durch standardisierte Wunddokumentationsblätter oder formlos frei, durch ein anderes Dokumentationsformular oder anhand eines leeren Blattes Papier erfolgen. Generell ist von der formlosen Dokumentation abzuraten. Da diese eine Vielzahl von Nachteilen aufweist.

„Eine detaillierte, standardisierte und lückenlose Dokumentation ergänzt durch Fotos ist unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg der Wundtherapie“

(vgl Skriptum Wunddokumentation Marianne Hinter 25.2.10)

### 3.2.2 Fotografische Dokumentation

sollte immer ergänzend zu andere Dokumentationsformen erfolgen.

Weshalb benötigt es ergänzend zur schriftlichen Dokumentation noch zusätzlich eine fotografische? „Ein Bild sagt mehr als tausend Worte!“ Diese alte Weisheit kommt auch bei der Wunddokumentation voll und ganz zum Tragen. Unter dem Druck und der Hektik während eines Verbandwechsels können Feinheiten übersehen werden, die auf einem guten, detailreichen Foto im Nachhinein sichtbar sind. Gerade die Therapie von chronischen Wunden ist oft eine sehr langwierige Angelegenheit, die sich über Monate hinzieht. Fortschritte lassen sich dabei je nach Situation nicht von einem zum anderen Verbandwechsel erkennen. Ein Foto -vielleicht zwei Monate vorher aufgenommen- zeigt plötzlich im Vergleich eine Heilungstendenz, die aufgrund der schriftlich dokumentierten Beobachtungen nicht explizit sichtbar ist. Solche Vergleiche von Fotos können helfen beim behandelnden Personal einen Motivationsschub auszulösen und die Compliance des Patienten drastisch zu steigern.

(vgl Patrick Bindschedler, WCS Wound Care Solutions, Suhr 2009)

### 3.2.3 EDV-gestützte Wunddokumentation

bietet eine Vielzahl von Vorteilen. Verschiedene Softwareprogramme wie zum Beispiel: WoundTech, Wound Expert WHAT und viele mehr ermöglichen eine digitale Aufzeichnung der Wunde, die fachgerechte Wundanamnese und Beschreibung des Wundverlaufs sowie die Erstellung eines Wundberichts. Vorteilhaft dabei ist die Möglichkeit der digitalen Kommunikation im interdisziplinären Team.

Unabhängig von der Dokumentationsform muss die Wunddokumentation unverfälscht und nachvollziehbar sein. Sie ist unmittelbar und zeitnah zu erfassen und ein Zugang muss zu jeder Zeit möglich sein. Um die Dokumentationsechtheit zu gewährleisten, muss das Formular mit dem Namen, Vornamen und Geburtsdatum des Patienten versehen sein. Auch das Handzeichen der durchführenden Pflegeperson und des anordnenden Arztes ist von großer Bedeutung.

## 4. Dokumentationsinhalte

### 4.1 Medizinische Wunddiagnose und Wundklassifikation

Die Angabe der genauen Wundart bzw. Wunddiagnose (z.B. Dekubitus, Ulcus cruris venosum) ist entscheidend für die nachfolgenden Maßnahmen, insbesondere für die Maßnahmen der Kausaltherapie. Es ist unmöglich, allein durch das Aussehen eines Ulcus cruris sicher auf eine mögliche arterielle oder venöse Genese zu schließen. Deshalb muss die Wunddiagnose vom Arzt eingeholt werden. Zudem sollte die Wunde -idealerweise in Zusammenarbeit mit dem Arzt- in das jeweilige Stadium eingeteilt werden. Für jeden chronischen Wundtyp gibt es spezielle Skalen.

Die Wunddiagnose wird in der Regel auf der Grundlage eines Klassifikationsschemas erstellt. Wichtig für die Qualitätssicherung ist, dass in der Einrichtung einheitliche, spezifische und objektive Formulare zur Klassifikation und Einteilung von chronischen Wunden verwendet werden. Bei uns wird zum Beispiel die Stadieneinteilung des Dekubitus nach EPUAP verwendet.

(Vgl. Eva-Maria Panfil Gerhard Schröder 2010 Pflege von Menschen mit chronischen Wunden 2 Auflage Seite 159- 161)

## 4.2 Lokalisation

Die Wundlokalisierung ist oft hilfreich bei der Wunddiagnosenstellung und sollte somit mittels vorgefertigter Grafiken oder durch eine exakte Lokalisationsbeschreibung des Verfassers dokumentiert werden. Hat der Patient mehrere Wunden können diese in numerischer oder alphabetischer Reihenfolge angeführt werden. Zusätzlich kommt auch noch die Fotodokumentation zur Anwendung.

Vgl. Eva-Maria Panfil Gerhard Schröder 2010 Pflege von Menschen mit chronischen Wunden 2 Auflage Seite 161- 162

## 4.3 Wundgröße

„Der Wundgröße kommt als Dokumentationskriterium eine entscheidende Bedeutung zu, da sie ausschlaggebende Hinweise für die Bewertung und Prognose der Wundheilung und der Unterscheidung heilender und nicht heilender Wunden liefert“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2009,38)

Die Wundgröße kann durch verschiedene Parameter wie der Form, Länge, Umfang, Tiefe, Volumen, Fläche und Unterminierung/Taschenbildung beschrieben werden. Jede Wunde sollte vermessen werden. Dazu gibt es verschiedene Verfahren. Die wichtigsten werden nun genauer erklärt:

- Längenmessung: Es wird an der längsten Stelle gemessen von kranial nach kaudal
- Breitenmessung: Es wird an der breitesten Stelle gemessen, immer von rechts nach links.
- Wundtiefe: Die Messung wird an der tiefsten Stelle durchgeführt. Diese wird mit sterilen Pinzetten, Knopfsonden oder Watteträgern erhoben.

Die Angaben werden meist in Zentimeter angegeben. Das Ausmessen von Taschen, Fisteln oder Unterminierungen erfolgt gleich wie die Wundtiefenmessung. Hier wird die Lokalisation anhand des Ziffernblattes der Uhr angegeben.

(vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2009,38 und Skriptum Marianne Hintner 25.2.10)

#### **4.4 Wundrand**

Der Wundrand zieht sich von der tatsächlichen Wundgrenze vier Millimeter nach außen hin. Die Beurteilung des Wundrandes ist von großer Bedeutung, da in der Regel von hier die Wundheilung ausgeht. Gleichzeitig kann er Aufschlüsse über Wundheilungsstörungen geben. Um den Heilungsverlauf unterstützen zu können, ist es wichtig den Wundrand ausreichend zu schützen, z.B. mit einer Hydrofaser bei Mazeration.

Der Wundrand kann:

- glatt und unauffällig sein
- unregelmäßig oder zerklüftet
- mazeriert oder intakt
- unterminiert oder kontrahiert
- vital oder bland
- Infektionszeichen, Nekrosen, Granulations- oder Epithelgewebe aufweisen
- Ödembildung zeigen

## 4.5 Wundumgebung

Die Wundumgebung grenzt an den Wundrand und umgibt die Wunde. Sie besteht aus Epithel- oder Narbengewebe und ist meist sehr sensibel.

Dies sollte vor allem bei der Fixation von Sekundärverbänden beachtet werden.

Eine Falschversorgung könnte leicht zu neuen Hautdefekten führen.

Bei der Beurteilung der Wundumgebung ist auf folgende Punkte zu achten:

- Irritationen
- Allergien
- Infektionen
- Verletzungen
- Hyperpigmentierung
- Ödeme
- Durchblutungssituation
- Hyperkeratose

## 4.6 Wundexsudation

Die Beschreibung von Menge, Farbe, Beschaffenheit und Geruch des Exsudates ermöglicht eine erste objektive Beurteilung einer eventuellen Keimbelastung einer Wunde. Die Quantität des Exsudates kann durch die Häufigkeit der Verbandswechsel und die Anzahl der durchnässten Kompressen beschrieben werden.

Kriterien für die schriftliche Dokumentation:

- serös- wässrig, klar, gelblich
- blutig- serös- wässrig hellrot bis rosa
- eitrig- gelb bis grünlich, mit Geruchsbildung
- Geruch: ja/nein
- Menge: kein, mäßig mittel viel

(vgl. DNQP, 2009, S. 104)

## 4.7 Wundgrund

Der Wundgrund ist das in der Wunde befindliche Gewebe und dessen Struktur.

Die Farbe und Beschaffenheit des Wundgrundes gibt Auskunft über die Wundheilungsphasen. Deshalb sollte eine Beurteilung immer anhand der Phaseneinteilung erfolgen.

Ein gesunder Wundgrund sollte tiefrot, feuchtglänzend und körniges Granulationsgewebe haben. Der feuchte Granulationsrasen ist dann die ideale Kriechfläche für die Epithelzellen vom Wundrand.

Mögliche Beschreibung des Wundgrundes:

- schwarz, braun: nekrotisch belegt, trockene Nekrosen
- gelb- braun: schmierig nekrotisch belegt, feuchte zerfallende Nekrosen
- gelblich: fibrinöse Belege nicht mit dem Wundgrund verbundene Beläge oder harte gelbliche Schleimschicht- Biofilm
- blassrosa, livide: ungesundes Granulationsgewebe
- tiefrosa, pink: gesundes Granulationsgewebe
- hellrosa: Epithelisierungsgewebe
- Nekrosen: trocken, ledrig, feucht, schorfig, teigig, breiig, zerfallend

## 4.8 Wundschmerz bzw. wundnaher Schmerz

„Schmerz ist das, was der Patient beschreibt und existiert, wann immer er es sagt!“  
(McCafferey, 1997)

Durch die Gewebsschädigung werden die Schmerzrezeptoren sensibilisiert.

Bei akuten Wunden klingt der Schmerz nach Abheilung wieder ab, bei chronischen Wunden kommt es zu einer verlängerten Entzündungsreaktion, dies erhöht die Empfindlichkeit der Wunde selbst. Man spricht von einer primären Hyperalgesie.

Beim Schmerz in der Wundumgebung spricht man von der sekundären Hyperalgesie.

Kriterien für die Dokumentation sind:

- Schmerzlokalisierung
- Häufigkeit, Dauer und zeitliches Auftreten
- Schmerztyp: stechend, pochend, dumpf, brennend oder ziehend
- Schmerzintensität: Dieser kann mittels einer Schmerzskala aufgezeichnet werden.

## 4.9 Wundinfektion

Die Infektion einer Wunde hemmt den Heilungsverlauf und kann schwerwiegende Folgen haben (z.B. Sepsis). Es ist deshalb wichtig bei jedem Verbandswechsel, die Wunde auf Infektionszeichen zu inspizieren und die Ergebnisse zu dokumentieren, falls notwendig ist ein Wundabstrich nach ärztlicher Anordnung vorzunehmen.

Kriterien für die schriftliche Dokumentation:

- Rötung (Rubor)
- Schwellung(Tumor)
- Überwärmung (Calor)
- Schmerz(Dolor)
- Eiter (Pus)
- Funktionseinschränkung

## 5. Praktischer Teil

Der Wunsch nach einem Wunddokumentationsbogen für eine einheitliche und korrekte Wundanamnese besteht auf unserer Abteilung nun schon seit einiger Zeit. Bisher war nur ein sehr kleiner Teil im Aufnahmebogen bei der Patienten für die Wundbeschreibung vorgesehen. Die zurzeit in der Praxis verwendete Dokumentation wird von allen Mitarbeitern als zu unübersichtlich, nicht einheitlich und zeitintensiv empfunden. Dadurch wurden Wunden bei der Aufnahme teilweise nicht wahrgenommen bzw. nicht korrekt dokumentiert und somit meist einen zu erst späteren Zeitpunkten „in Angriff“ genommen. Mit einer adäquaten Wundversorgung wurde also meist erst sehr spät begonnen. Dies kann vielleicht auch auf den steigenden Arbeitsaufwand auf der Abteilung und den damit verbundenen Zeitmangel zurückgeführt werden.

Im Rahmen dieser Projektarbeit kam mir schließlich die Idee ein Arbeitsblatt zu erstellen, welches die Wunddokumentation erleichtert und zudem zeitsparend ist. Zeitgleich hoffe ich die Wichtigkeit der Wunddokumentation und Wundbehandlung in den Köpfen meiner Arbeitskollegen/Innen aufzufrischen.

Der Vorschlag ein Wunddokumentationsblatt zu erstellen stieß bei meinen Vorgesetzten auf eine sehr positive Resonanz.

Anhand einer gezielten Literaturrecherche ist es mir gelungen einen Gesamtüberblick zum Thema Wundanamnese zu bekommen. Meinem Grundgedanken folgend einen möglichst praxisnahen Dokumentationsbogen zu gestalten, verglich ich mehrere dieser Bögen und erstellte meine eigene Struktur. Das Resultat sollte ein Instrument der Unterstützung in der Pflege darstellen und für mich und meine Arbeitskollegen/Innen keinesfalls einen Arbeitsmehraufwand beinhalten. Als besonders hilfreich erwies sich dabei die Fotodokumentation. Diese ermöglicht allen voran eine objektive Vergleichsmöglichkeit der Wunden. Was mir, in Ermangelung eines zurzeit leider noch nicht vorhandenen gemeinsamen Wundvokabulars in unserem Pflegeteam, als besonders wichtig erscheint. Darüber hinaus erweist sie sich als präzise, genau und zudem zeitsparend.

Ausgehend von dieser Grundidee machte ich mich an die Arbeit einen Dokumentationsbogen zusammenzustellen.

Aufbauend auf die unterschiedlichen Akronyme (URGE, UFER, GREIS, MEASURE) erstellte ich meine eigene Grundstruktur. Das eigentliche Formblatt ist einfach strukturiert und verständlich. Anhand klarer Kriterien kann die Wunde binnen kurzer Zeit analysiert und kategorisiert werden. Als objektive Ersteinschätzung der Wunde wird diese bereits bei der Anamnese fotografiert und dem Wundbogen beigelegt. Durch diese Informationen ist es möglich sich in kurzer Zeit für eine strukturierte und gezielte Erstversorgung zu entscheiden. Zur leichteren Erklärung der Arbeit folgt nun eine Kopie des erarbeiteten Bogens.

Die Einführung des Bogens auf Abteilung befindet sich zurzeit noch in Testphase, deshalb ist kein gültiges Feedback möglich.

## 6. Zusammenfassung

Um sich von Standardsätzen wie: „Die Wunde sieht schön aus!“ oder „Die Wunde hat sich gebessert!“ in den Zeiten des „modernen“ Wundmanagements zu entfernen ist die Anwendung einer standardisierten Wunddokumentation unumgänglich. Sie gewährleistet nicht nur die Nachvollziehbarkeit des Wundverlaufes, sondern steht auch für Qualitätssicherung und rechtliche Absicherung des behandelnden Wundteams. Die Wunddokumentation ist im klinischen Alltag ein unabdingbarer Bestandteil in der Behandlung von Patienten mit Wunden. Es gibt verschiedene Formen und Lösungen dafür. Unabhängig davon müssen die Inhalte bestimmte Anforderungen erfüllen um eine lückenlose und nachvollziehbare Wunddokumentation zu erreichen. Als besonders praxisnah bietet sich die Fotodokumentation an. Sie ermöglicht es die Wunde visuell darzustellen und dient als unterstützendes Instrument im Wunddokumentationsbogen.

## 7. Schlussfolgerung

Im Rahmen dieser Arbeit wurde mit bewusst, wie wichtig es ist eine gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten in der Wundbehandlung zu haben. Die Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung ist ebenso wichtig wie die Zusammenarbeit zwischen Pflegeperson und Arzt und des Patienten und deren Angehörigen. Um eine gute Kommunikation zu gewährleisten ist eine einheitliche Beurteilung der Wunde unumgänglich. Kriterien der Beurteilung müssen klar definiert werden um eine korrekte Diagnose zu erhalten und somit eine optimale Behandlung garantieren zu können. Durch einen strukturierten und angepassten Dokumentationsbogen kann Zeit gespart werden. Zudem gewährleistet sie eine Übersicht der Therapie und des Behandlungserfolg, welche wiederum den Beteiligten eine Sicherheit vermittelt und so die Motivation fördert.

## 8. Anhang:

### WUNDDOKUMENTATIONS-BOGEN

Patientenetikette

Fotodokumentation Bild 1

**WUNDDIAGNOSE**

.....

Seit wann besteht die Wunde ? .....

**DEKUBITUSSKALA:**

GRAD 1: nicht wegdrückbare Hautrötung bei intakter Haut  
 GRAD 2: Teilverlust der Haut (Blase, Abschürfung)  
 GRAD 3: Verlust aller Hautschichten Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes  
 GRAD 4: Verlust aller Hautschichten mit ausgedehnter Zerstörung, Gewebnekrosen oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen wie Sehnen oder Gelenkkapseln

**WUNDBEURTEILUNG**

**WUNDGRUND:**

Nekrose (trocken/feucht)

Fibrinbelag

Granulationsgewebe

Epithelgewebe

Taschenbildung

.....

**WUNDRAND:**

Unauffällig

Rötung

Mazeration

Ödem

Unterminiert

Trocken

.....

**WUNDUMGEBUNG:**

Unauffällig

Rötung

Mazeration

Ödem

Hyperpigmentierung

Hyperkeratose

Ekzem

Trocken

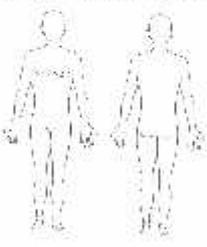
.....

**WUNDGRÖSSE ( in cm ):**

Länge :..... Breite :..... Tiefe :.....

**WUNDLOKALISATION**

Rechter Fuß       Linker Fuß





**WUNDEXSUDATION:**

keine

mäßig

stark

serös

blutig

**WUNDGERUCH:**

Ja

Nein

**WUNDSCHMERZ:**

Ja

Nein

**SCHMERZ-SKALA**

Kein Schmerz 0 

1 

Leichter Schmerz 2 

3 

4 

Nagender, unangenehmer Schmerz 5 

6 

Beeinträchtigender elender Schmerz 7 

8 

Intensiver schrecklicher Schmerz 9 

.....

Datum, Unterschrift

### WUNDVERSÖRGUNG

**REINIGUNG-DESINFEKTION:**

- NaCl 0,9%
- Ringerlaktat
- Chlorexid (Farvicett)
- Jodlösung (Braunol)
- .....

**WUNDFÜLLER:**

- Hydrogel
- Alginat
- Alginat mit Silber
- .....

**WUNDRADSCHUTZ:**

- Zinkcreme
- Hydrofaser
- .....

**WUNDAUFLAGE:**

- Schaumstoff
- Fettgarze
- Hydrokolloid
- Silikonauflage
- Trockene Tupfer
- .....

**SEKUNDÄR VERBAND:**

- Mefix
- Mullbinden
- Strumpfverband
- Bandagieren
- Watteverband
- Medihaft
- .....

**WEITERE DIAGNOSTIK:**

- Hautkonsil
- Chirurgisches Konsil
- Doppler
- Abstrich
- Röntgen
- .....

**WUNDBEHANDLUNG**

Datum	HZ	Maßnahmen/AO	KO-Datum	Verlauf/Bericht

**NOTE:**

.....

.....

.....

Fotodokumentation Bild 2	Fotodokumentation Bild 3
--------------------------	--------------------------

## 9. Schlussblatt

### Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass die vorliegende Arbeit von mir selbst verfasst wurde, und ich ausschließlich die von mir angegebenen Werke und Hilfsmittel verwendet habe.

Innsbruck, am .....

### Verwendung der Projektarbeit

Ich bin damit einverstanden, dass meine Projektarbeit weiteren Personen zur Verfügung gestellt werden darf.

Innsbruck, am .....

## 10. Literaturverzeichnis:

### Bücher:

Eva-Maria Panfil & Gerhard Schröder, 2010, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Lehrbuch für Pflegende und Wundexperten, 2. Korrigierte und ergänzende Auflage, Bern, Hans Huber Verlag

Gregor Voggenreiter & Chiara Dold, 2009, *Wundtherapie*, Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln, 2. Überarbeitete Auflage, Stuttgart, Georg Thieme Verlag

Fortner N, 2010, Wunddiagnostik und Wundmanagement der ÖGVP, Wien

### Skriptum:

Marianne Hintner 25.02.10, Skriptum, Wundbeurteilung, Innsbruck

Marianne Hintner 25.02.10, Skriptum, Wunddokumentation, Innsbruck

### Internetseiten:

[www.DNQP.de](http://www.DNQP.de)

[www.pflegewiki.de/wiki/Wunddokumentation](http://www.pflegewiki.de/wiki/Wunddokumentation)

[www.wundplattform.de](http://www.wundplattform.de)

[www.coloplast.de/wundversorgung/wunddokumentation/pages/wunddokumentation.aspx](http://www.coloplast.de/wundversorgung/wunddokumentation/pages/wunddokumentation.aspx)

[www.woudtech.com/demo.htm](http://www.woudtech.com/demo.htm)

[www.patrick-bindschedler-wound-care-solutions.htm](http://www.patrick-bindschedler-wound-care-solutions.htm)

[www.orgv.at](http://www.orgv.at)