

Überleitungsbogen: Chronische und schwer heilende Wunden

Patientendaten Name, Vorname Geburtsdatum Straße PLZ, Ort Fallnummer / Aufnahmenummer Aufnahmedatum Versicherungsnummer <input type="radio"/> W <input type="radio"/> M Krankenkasse	Krankenhaus Station Ansprechpartner Tel./Fax	Betreuender Fachhandel Ansprechpartner Tel./Fax
Haus-/Facharzt Adresse Tel./Fax	Betreuende Einrichtung (Heim/Pflegedienst) Ansprechpartner Tel./Fax	
Ansprechpartner Krankenkasse Tel./Fax		

Überleitung von: _____ nach: _____

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass im Zuge des Überleitungs-/Versorgungsprozesses dem oben genannten Personen- und Unternehmenskreis die für die Versorgung notwendigen Informationen, Therapieanordnungen und Verordnungen von meinen behandelnden Ärzten, medizinischen Einrichtungen und Pflegediensten übergeben werden und zur Organisation meiner Versorgung gespeichert und verwendet werden. Dies gilt insbesondere auch für die Fotodokumentation. Eine Weitergabe erfolgt nur insoweit, wie dies für meine Versorgung zwingend erforderlich ist.

Werden im Rahmen meiner Versorgung von meinem behandelnden Arzt medizinische Tätigkeiten delegiert, so bin ich damit einverstanden, dass diese Maßnahmen von der oben genannten Person/Institution durchgeführt werden.

Mein Einverständnis /die Vollmacht kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen – auch in Teilen – widerrufen werden.

_____ Nachweis liegt vor
Ggf. gesetzlicher Betreuer/Sorgeberechtigte

Ort, Datum

Unterschrift

Nur bei Überleitung mit Unterdruckwundtherapiesystem (NPWT):

Im Zusammenhang mit der Durchführung der für mich ärztlichen verordneten Therapie mit einem Unterdruckwundtherapiesystem (NPWT) beauftrage ich den oben genannten Fachhandel als Vertragspartner meiner Krankenkasse diese Therapie für mich, bis auf Widerruf zu organisieren. Ich bin darüber informiert, dass hierzu die Weitergabe meiner Behandlungsdaten (für die Versorgung notwendigen Informationen, Therapieanordnungen, Dokumentation, Behandlungsziele, Fotodokumentation und Verordnungen) an meine Krankenkasse erforderlich ist. Sofern ich nicht von den gesetzlichen Zuzahlungen befreit sein sollte, bin ich darüber informiert worden, dass diese zu entrichten sind.

Name, Vorname Unterschrift Datum

Antrag/Verordnung über eine Unterdruckwundtherapie (NPWT) im ambulanten Bereich:

Die Entlassung ist geplant für den _____

Die Therapie mit NPWT wird voraussichtlich benötigt für einen Zeitraum von _____ Tagen nach der Entlassung.

Folgendes Therapiesystem wird benötigt: Therapieeinheit: RENASYS Go, Smith & Nephew

Verbandkits: RENASYS F (Schaum): S M L

RENASYS G (Gaze): S M L Drainage: flach rund sonstiges _____

Unterschrift des verordnenden Arztes:

Anlagen: Kostenvoranschlag Fachhandel Wundbeurteilung (umseitig) Arztbrief Wundverlauf (Kopie)

Überleitung/Anamnese: Chronische und schwer heilende Wunden

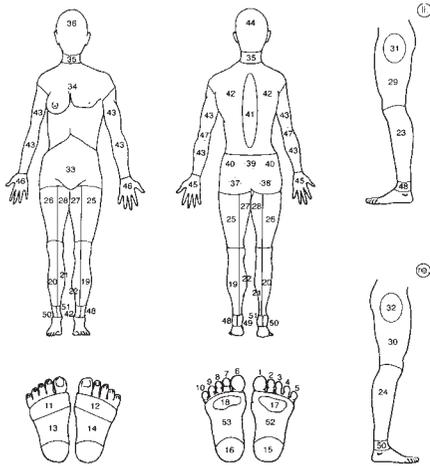
Patient / Bewohner

Name, Vorname

Wunde-Nr.

Ggf. Wundfoto einheften (weitere einfügen)

Lokalisation



Wundart/-klassifikation

- Ulcus cruris venosum arteriosum mixtum _____
 - Dekubitus Grad 1 2 3 4 (Gradeinteilung EPUAP)
 Dekubitusrisiko, ggf. Wert: _____
 - Diabetischer Fuß/DFS (Gradeinteilung Wagner/Armstrong)
Grad I II III IV IV | mit Infektion mit Ischämie
 - Verbrennung Grad 1 2a 2b 3
 - Postoperative Wundheilungsstörung nach: _____
 - Sonstige _____
- DRG: _____, Obere Grenzverweildauer erreicht am: _____ (Datum)

Wundbeschreibung:

- Wunde besteht seit: _____ Rezidiv
- Länge: _____, Breite: _____, Tiefe: _____ (in cm)
- Taschen/Fisteln: 1) Tiefe _____, 2) Tiefe _____, 3) Tiefe _____ (in cm)
- Umgebung/-rand: Mazeration, Rötung, Allergie, rissig
 Schwellung, Schmerz, schuppig
- Grund: Epithel (_____%), Granulation (_____%), Fibrin (_____%),
 Nekrose (schwarz, gelb, feucht, trocken) (_____%)
- Exsudat: viel, mäßig, wenig, trocken / serös, blutig, eitrig
- Schmerz: zyklisch, chronisch, VAS/NRS: _____
- Infektionszeichen, Abstrich, ggf. Befund _____
- Wundgeruch



Beeinflussende Faktoren:

- Diabetes mellitus
- Arterielle Verschlusskrankheit
- Chronische venöse Insuffizienz
- Kachexie, BMI _____
- Infektion
- Cortison
- Unzureichende Compliance
- Polyneuropathie
- Trauma
- Immobilität
- Adipositas, BMI _____
- Immunsuppression
- andere Medikation: _____
- Anderes: _____

Aktuelle Wundtherapie:

- Wundspülung: Antiseptica _____
 NaCl Ringer sonstiges: _____
- Wundrandschutz: Folie sonstiges: _____
 Hautpflege: _____
- Medikamente: systemische Antibiose mit _____
- Debridement zuletzt am: _____
 autolytisch _____, enzymatisch _____
 chirurgisch _____, _____
- Wundtamponade: PU-Schaum _____
 Alginat _____, sonstiges _____
- Wundabdeckung: PU-Schaum _____
 Folie _____, Hydrokolloid _____
 Hydrogel _____, sonstiges _____
- Unterdruckwundtherapie (NPWT):
seit _____, letzter VW am: _____
Therapieeinheit: RENASYS GO, EZ
 Andere _____
Verbandskit: Foam Gaze
Drainage: flach, rund, sonstiges _____

Lebensqualität in Bezug zur Wunde:

- sehr gut gut mittel mäßig schlecht; bzw. WWS-Wert: _____

Überleitung/Entlassung geplant für: _____

Ziele der Wundversorgung:

- Vorbereitung für einen Eingriff (_____)
- Wundreinigung, Granulation, Epithelisierung, Palliative Versorgung
- TIME _____
- Krankenhausvermeidung, Fortsetzung der Therapie zur Sicherung des Behandlungserfolges
- _____

Ärztliche Empfehlung für weitere Wundtherapie:

Arzt/Ärztin	
Wundfachkraft	
Pflegerperson	Datum
	HZ