

Überleitungsbogen Wunde



Arbeitsgruppe
Hamburg Harburg



Patientendaten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Angehörige, Name/Vorname

Telefonnummer

Betreuer/betreuende Unternehmen

Behandelnder Arzt/Telefon

Verantwortliche Pflegefachkraft/Telefon

Grund der Überleitung

Blutverdünnende Medikamente: Ja Nein

MRSA: Ja Nein Unbekannt

Andere multiresistente Erreger: Ja Nein Unbekannt

Unverträglichkeiten: Ja Nein welche?

Wundspezifische Diagnosen:

Bisherige diagnostische
Maßnahmen/ Therapien:

Wurde der Patient schon
einem Facharzt vorgestellt?

Ja Nein

Wenn ja, wem?

Überleitungsbogen Wunde

Wunde besteht seit:

Heilungstendenz: Ja Stagnation Verschlechterung

Rezidiv:

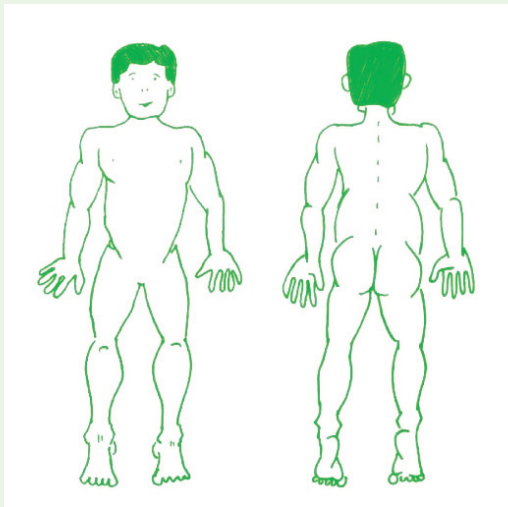
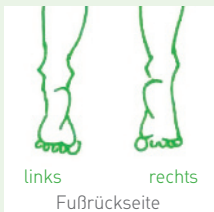
Ja Nein

Anzahl der Rezidive:

Begleittherapien:

(z.B. Kompression mit...
Druckentlastung mit...)

Lokalisation:



Aktuelle Wundtherapie:

Beginn der Therapie

Produktname / Produktgröße

Schmerztherapie:

Ja Nein

Anlage: z.B. Medikamentenplan

Patientenindividuelle
Besonderheiten:

Patient/in:

Name

Vorname