

**K2-FB16  
Handzettel Neuaufnahme**

Wundart / Diagnose: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|   |   |
|---|---|
| <b>Neuaufnahme vom:</b>                       |   |
| <b>Name, Vorname:</b>                         |   |
| <b>Geburtsdatum:</b>                          |   |
| <b>Anschrift:</b>                             |   |
| <b>Telefon:</b>                               |   |
| <b>Betreuer:</b>                              |   |
| <b>Kostenträger /<br/>Versichertennummer:</b> |   |
| <b>Rezeptgebührenbefreit</b>                  | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>   |
| <b>Pflegegrad</b>                             | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> |
| <b>Wunde besteht seit :</b>                   |   |
| <b>Vorthherapie:</b>                          |   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Behandelnder Arzt /<br/>Hausarzt:</b> |  |
| <b>Pflegedienst:</b>                     |  |

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Zuweiser:</b>       |   |
| <b>Diagnose durch:</b> |   |
| <b>Gefäßstatus:</b>    |   |
| <b>Hba1C:</b>          |   |
| <b>DMP:</b>            | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>                                 |
| <b>HZV:</b>            | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>                                 |
| <b>Allergien:</b>      | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Welche:                         |
| <b>Tetanusschutz:</b>  | Vorhanden <input type="radio"/> Auffrischung wird anempfohlen <input type="radio"/> |

|   |  |
|---|--|
| <b>Letzter Krankenhausaufenthalt:</b>       |  |
| <b>Operationen in den letzten 5 Jahren:</b> |  |
| <b>Letzter Abstrich:</b>                    |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Hausbesuchsintervall:</b>             | 1x wöchentlich <input type="checkbox"/> alle 2 Wochen <input type="checkbox"/> alle 3 Wochen <input type="checkbox"/><br>alle 4 Wochen <input type="checkbox"/> |
| <b>Nächster geplanter Hausbesuch am:</b> |   |
| <b>Beachtenswert:</b>                    |   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Wundheilphase:</b>                         |   |
| <b>Wundschmerz:</b>                           |   |
| <b>Wundexsudat:</b>                           |   |
| <b>Wundexsudatmenge:</b>                      | Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/>  |
| <b>Entzündungs-/Infektionssymptome:</b>       | Rötung <input type="checkbox"/> Schwellung <input type="checkbox"/> Schmerz <input type="checkbox"/><br>Überwärmung <input type="checkbox"/> Funktionseinschränkung <input type="checkbox"/>  |
| <b>Wundrand:</b>                              |   |
| <b>Wundumgebung:</b>                          |   |
| <b>Aktive periodische Wundreinigung:</b>      |   |
| <b>Wundreinigung:</b>                         |   |
| <b>Wundbehandlung / angebrachter Verband:</b> |   |
| <b>Zusätzliche Maßnahmen:</b>                 | Kompression <input type="checkbox"/> Druckentlastung <input type="checkbox"/><br>Wechseldruckmatratze <input type="checkbox"/> Sitzkissen <input type="checkbox"/><br>Weichlagerungsmatratze <input type="checkbox"/><br>Entlastungsschuh <input type="checkbox"/> diab. Schuhversorgung <input type="checkbox"/><br>Gehstützen <input type="checkbox"/> Orthese <input type="checkbox"/> Prothese <input type="checkbox"/> |

| <b>Begleiterkrankungen:</b>  | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> | <b>N/A</b> |
|--|-----------|-------------|------------|
| Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Zoster, Tuberkulose usw.)            |           |             |            |
| Blutarmut (Anämie)   |           |             |            |
| Mangelernährung (Malnutrition)   |           |             |            |
| Untergewicht (Kachexie)  |           |             |            |
| Fettleibigkeit (Adipositas)  |           |             |            |
| Gerinnungsstörung (z.B. Faktor-V-Leiden, Hämophilie, Vitamin-K-Mangel usw.)      |           |             |            |
| Immunschwäche  |           |             |            |
| Schilddrüsenunter-/überfunktion (Hypo-/Hyperthyreose)                            |           |             |            |
| Lebererkrankung (z.B. Hepatitis, Leberzirrhose, Fettleber usw.)                  |           |             |            |
| Nierenerkrankung (z.B. Niereninsuffizienz, Nierenversagen, renale Anämie usw.)   |           |             |            |
| Herzerkrankung (z.B. Herzinsuffizienz, KHK, Endokarditis usw.)                   |           |             |            |
| Diabetes mellitus  |           |             |            |
| Polyneuropathie  |           |             |            |
| pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit)                                  |           |             |            |
| CVI (chronisch venöse Insuffizienz)  |           |             |            |
| Knochen- und Gelenkerkrankung (z.B. Osteoporose, Skoliose usw.)                  |           |             |            |
| Rheumatische Erkrankung (z.B. Arthrose, Arthritis, Gicht, Morbus Bechterew usw.) |           |             |            |
| Bösartige (Maligne) Tumore   |           |             |            |
| Inkontinenz  |           |             |            |

| <b>Medikamente:</b>  | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> | <b>N/A</b> |
|--|-----------|-------------|------------|
| Gerinnungshemmer (z.B. Marcumar, Xarelto, Eliquis, ASS, Heparin usw.)            |           |             |            |
| Diuretika (z.B. Furosemid, Torasemid, Xipamid usw.)                              |           |             |            |
| Schmerzmittel (z.B. Ibuprofen, Tramadol, Fentanyl, Morphin, Paracetamol usw.)    |           |             |            |
| Antibiotika (z.B. Amoxicillin, Cefuroxim, Vancomycin, Levofloxacin usw.)         |           |             |            |
| Herzmedikamente (z.B. ASS, Digitalis, Bisoprolol, Enalapril, Spironolacton usw.) |           |             |            |
| Blutzuckerregulierende Medikamente (z.B. Metformin, Glimepirid, Insulin usw.)    |           |             |            |
| Immunsuppressiva (z.B. Prednison, Ciclosporin, Sirolimus usw.)                   |           |             |            |
| Zytostatika (z.B. Methotrexat, Busulfan, Topotecan, Paclitaxol, Afatinib usw.)   |           |             |            |
| Kortikosterioide (z.B. Aldosteron, Cortisol, Prednisolon, Triamcinolon usw.)     |           |             |            |