

# 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:

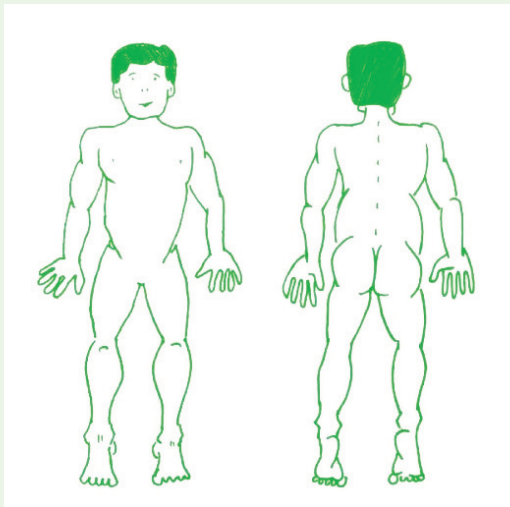
Ja  Nein

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