

Patientenbogen Anforderung WBS Wundreinigungspaket Wunddusche

Der Patientenbogen wurde
ausgefüllt von

Name: _____

Institution: _____

Angaben zum Versicherten

Name: _____

Kostenträger/ Krankenkasse: _____

Vorname: _____

Behandelnder Arzt: _____

Straße: _____

Plz, Ort: _____

Betreuender Pflegedienst

Telefon: _____

Wunddiagnose/Therapie

Chronische Wunde besteht seit: _____

Ulcus cruris

Krankenhausaufenthalt(e): _____

venosum arteriosum mixtum

Dekubitus Grad

Ambulante Behandlung seit: _____

I II III IV

Sonstige Wunde: _____

Aktuelle Wundsituation: _____

Größe:

Höhe/Breite/Tiefe _____

Betroffene Fläche : _____

Therapie (Wundauflagen; Kompressionen)

Aktuelle Wundreinigung mit:

Wundinfektion: ja nein

Schmerzen: ja nein

Wundbeläge können mechanisch nur unzureichend entfernt werden: _____

Exudation: wenig mittel viel

Verbandwechsel pro Woche: _____

Chirurgisches Debridement wurde bereits durchgeführt: ja nein

Erfolgt zur Sicherstellung der medizinischen Therapie z.Zt. eine ausreichende und kontinuierliche Wundreinigung:

ja nein

Können die Wundbeläge durch das Ausduschen mit steriltfiltriertem Leitungswasser im ambulanten Bereich schmerzfreier und effektiver entfernt werden:

ja nein

Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke einer optimalen Versorgung, die hier erhobenen Daten durch die Firma WBS (Wasserhygiene Beratung & Service) beim Kostenträger zur Beantragung einer Einzelfallentscheidung (Kostenübernahme) für das WBS Wundreinigungspaket weitergeleitet werden. Dieser Fragebogen wird ausschließlich für den Antrag der Einzelfallentscheidung verwendet.

Patient/gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum, Unterschrift