

Wunddokumentationsblatt

(Beilage zur Verordnung für chefarztpflichtige Wundversorgungsprodukte)

Versicherungsnummer:

Datum:

Name des Patienten:

Pharmazentralnummer / Wundversorgungsprodukt:

Wunddiagnose:

Lokalisation:

Größe:

Exsudation:

- keine / gering
 mäßig / stark
 sehr stark

Infektion:

- ja nein

Silberunverträglichkeit:

- ja nein

Sonstiges:

Verbandswechsel:

- täglich alle Tage

Unterschrift