

Persönliche Daten des Patienten

Name, Vorname _____ Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Geb.-Datum: _____ 1. Erhebung Wiederholung (Datum) _____

Krankenkasse: _____

Diagnose / Krankheitsbilder: _____

Hautzustand des Patienten

Farbe der Haut: gelblich rosig
 bläulich weißlich
 gräulich

Spannungszustand der Haut: hoch
 mittel
 niedrig

Hautzustand in Bezug auf Verletzungen: Blasen Schuppungen
 Narben allergische Reaktionen
 sonstige pathologische Veränderungen

Hautsensibilität: sehr hoch normal
 stark eingeschränkt nicht vorhanden

Hautreaktion auf bestimmte Pflegemittel: ja nein
Wenn ja, auf welche: _____

Modifizierte Norton-Skala:

Bereitschaft z. Kooperation/ Motivation	Alter	Hautzustand	Zusatz-erkrankungen	Körperlicher Zustand	Geistiger Zustand	Aktivität	Beweglich-keit	Inkontinenz	Punk-te
voll <input type="checkbox"/>	<10 <input type="checkbox"/>	in Ordnung <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>	geht ohne Hilfe <input type="checkbox"/>	voll <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	4
wenig <input type="checkbox"/>	<30 <input type="checkbox"/>	schuppig, trocken <input type="checkbox"/>	Abwehr-schwäche, Fieber, Diabetes Anämie <input type="checkbox"/>	leidlich <input type="checkbox"/>	apathisch, teilnahmslos <input type="checkbox"/>	geht mit Hilfe <input type="checkbox"/>	kaum einge-schränkt <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	3
teilweise <input type="checkbox"/>	<60 <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	MS, Adipositas, Karzinom <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	verwirrt <input type="checkbox"/>	rollstuhlbe-dürftig <input type="checkbox"/>	sehr einge-schränkt <input type="checkbox"/>	meistens Urin <input type="checkbox"/>	2
keine <input type="checkbox"/>	>60 <input type="checkbox"/>	Wunden, Allergierisse <input type="checkbox"/>	arterielle Verschluss-krankheit <input type="checkbox"/>	sehr schlecht <input type="checkbox"/>	stumpfsinnig stuporös <input type="checkbox"/>	bettlägerig <input type="checkbox"/>	voll einge-schränkt <input type="checkbox"/>	Urin und Stuhl <input type="checkbox"/>	1

Der Zustand des einzuschätzenden Patienten muss in jeder Spalte der Skala einer der vier möglichen Beschreibung zugeordnet werden. Die einzelnen Punktwerte werden addiert. Sollte eine Summe von 25 oder weniger Punkten resultieren, besteht ein Dekubitionsrisiko. Je weniger Punkte, desto größer das Risiko. Zur Verhinderung eines Druckgeschwürs sind daraufhin die notwendigen pflegerischen Maßnahmen zu planen, einzuleiten und durchzuführen.

Dekubitusrisiko nach modifizierter Norton-Skala: niedrig (25 -24) hoch (18 - 14)
 mittel (23 -) sehr hoch (13 - 9)

Dekubitus vorhanden:

ja

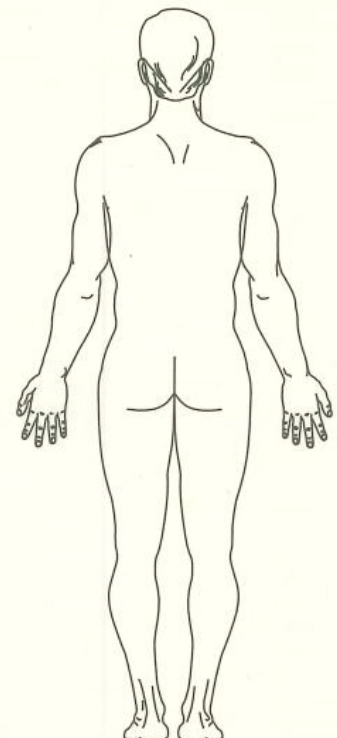
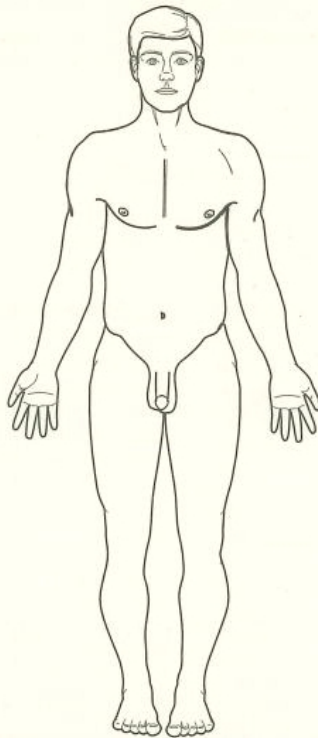
nein

wie viele: _____

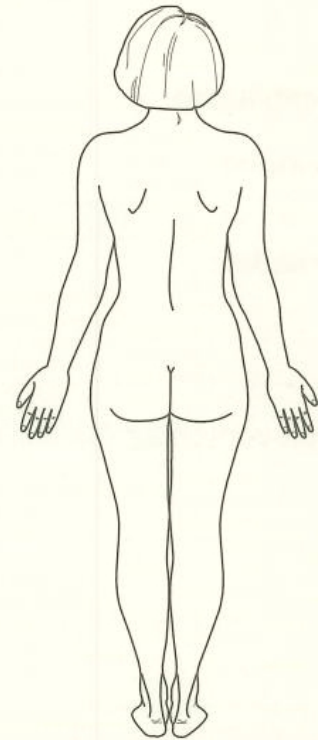
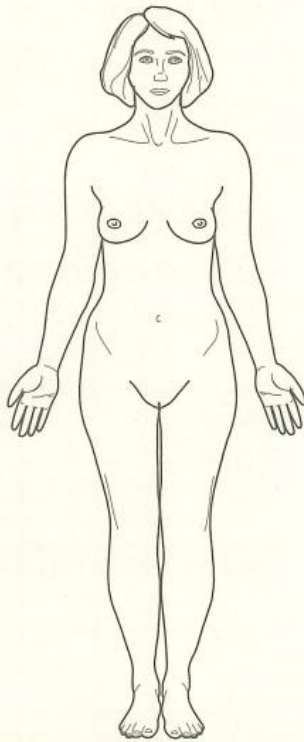
seit wann: _____

5a

Bitte die betreffenden Stellen mit einem Kreuz markieren!



5b



Stadiumeinteilung nach Seiler:

I. Grad

(non-Blanching)

II. Grad

(sichtbare Defekte der Haut)

III. Grad

(Defekte bis in das Muskelgewebe)

IV. Grad

(Knochenbeteiligung)

Größe der Wunde:

Durchmesser in cm: _____

Tiefe in cm: _____

Fotodokumentation:

ja

nein

Fotodokumentation

Hier Foto einkleben, wenn vorhanden

Beschaffenheit der Wunde:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | nekrotisch | <input type="checkbox"/> | epithelisierend | <input type="checkbox"/> | feucht |
| <input type="checkbox"/> | fibrinös | <input type="checkbox"/> | trocken | <input type="checkbox"/> | nass |
| <input type="checkbox"/> | granulierend | | | | |

Taschenbildung:

- | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
|--------------------------|----|--------------------------|------|

Wundexudat:

- | | | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| <input type="checkbox"/> | serös | <input type="checkbox"/> | blutig | <input type="checkbox"/> | eitrig |

Wundränder:

- | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | entzündet | <input type="checkbox"/> | gut abgegrenzt |
| <input type="checkbox"/> | mazerisiert | <input type="checkbox"/> | gerollt |

Therapieverschlagn (Bei Bedarf weiteres Blatt beifügen): _____

Ort, Datum, Unterschrift