

Zustandserhebungsbogen

Erfasst von _____ am _____

Patientendaten

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

weiblich männlich divers

Anschrift _____

Telefon / Mobil _____

GKV PKV _____

Kunden-Nummer _____

Verordner _____

Pflegedienst nein ja _____

MLD nein ja mit Kompressionsbandagierung

Hinweis _____

Erstversorgung nein ja letzte Versorgung vom _____

Vorzeitige Neuversorgung nein ja

Grund _____

Letzte Versorgung rund flach wrap

Material _____

Ausführung _____

KKL _____

Hinweise _____

Zustandserhebungsbogen

Sicht- und Tastbefund

Hautzustand	<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> geschädigt	<input type="checkbox"/> stark geschädigt
Nagelzustand	<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> geschädigt	<input type="checkbox"/> stark geschädigt
Hautempfinden	<input type="checkbox"/> sensibel	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> normal
Ödemkonsistenz	<input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> fibrot. Anteile	<input type="checkbox"/> fest
Papillomatosen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Transplantation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Hinweise zum Befund

Ödemlokalisierung

Zehen	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	US	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
Fuß	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	OS	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
Genitalbereich	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	Becken	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
Finger	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	Unterarm	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
Hand	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	Oberarm	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
Thorax	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	Kopf	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L

Weitere
Beschreibung

Datum

Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Medizinproduktberater/in