

Erhebungsbogen für Anti- Dekubitus- Systeme

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

KVNR: _____ Anschrift: _____

Behandelnder Arzt: _____

Ansprechpartner für Rückfragen zur bisherigen Pflege: _____

Welche Maßnahmen zur Dekubitus- Prophylaxe bzw. -behandlung wurden bisher durchgeführt?

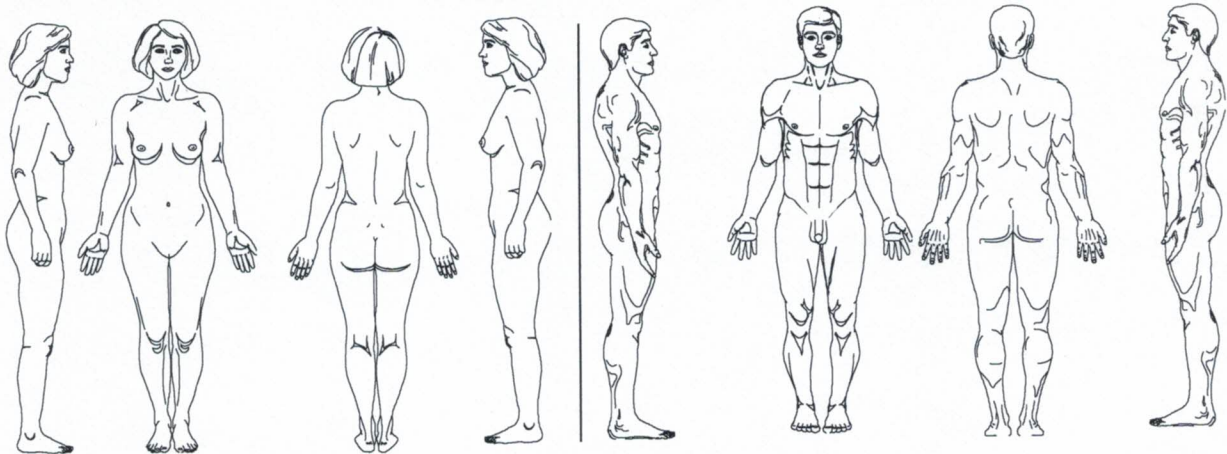
Welche Art der Wundversorgung wurde bisher durchgeführt? _____

Welche Art der Wundversorgung wird vorgeschlagen? _____

Dokumentation der Hautschäden:

Bitte markieren Sie: ○ = gefährdeter Bereich

X = bestehender Dekubitus



Beschreibung des Dekubitus (Grad, Größe und Beschaffenheit der Wunde) bezogen auf die Markierungen:

Stadium	Stadieneinteilung nach Seiler:	Größe der Wunde (Durchmesser in cm):
θ 1	Umschriebene Rötung, Übererwärmung, lokale Schwellung, intakte Haut	
θ 2	Rötung, Risse oder Blasenbildung, Wundgrund feucht, Hautdefekt	
θ 3	Tiefer Hautdefekt; Muskeln, Sehnen u. Bänder sichtbar u. evtl. betroffen	
θ 4	Wie Stadium 3, jedoch mit Knochenbeteiligung	

Beschaffenheit der Wunde	θ nekrotisch	θ granulierend	θ trocken
	θ fibrinös	θ epithelisierend	θ
Taschenbildung	θ ja	θ nein	
Wundexudat	θ ja	θ nein	
Wundränder	θ blutig	θ serös	θ entzündet
	θ mazerisiert	θ gerollt	θ gut abgegrenzt

Hinweise:

Norton-Skala zur Erkennung des Dekubitusrisikos

Motivation	Alter	Haut-zustand	Zusatz-krankung	körperl. Zustand	geistiger Zustand	Mobilität	Beweg-lichkeit	Inkontinenz
voll (4)	< 10 (4)	normal (4)	keine (4)	gut (4)	klar (4)	geht ohne Hilfe (4)	voll (4)	keine (4)
wenig (3)	< 30 (3)	schuppig trocken (3)	Abwehrschwäche Fieber Diabetes Anämie (3) (3)	leidlich (3)	apathisch teilnahmslos (3)	geht mit Hilfe (3)	eingeschränkt (3)	manchmal (3)
teilweise (2)	< 60 (2)	feucht (2)	MS, Ca. Kachexie Adipositas (2)	schlecht (2)	verwirrt (2)	Rollstuhlbedürftig (2)	sehr eingeschränkt (2)	meistens Urin (2)
keine (1)	> 60 (1)	Wunden Allergie Risse (1)	Koma Lähmung Verschlusskrankh. (1)	sehr schlecht (1)	stupurös stumpfsinnig (1)	Bettlägerig (1)	voll eingeschränkt (1)	Urin und Stuhl (1)

Gesamtpunktzahl _____ : bei 25 Punkten und weniger besteht Dekubitusgefahr

Ergänzende Kriterien:

Entstehung des Dekubitus: Krankenhaus Alten-/Pflegeheim häuslicher Bereich _____

Zusätzliche Erkrankungen: _____

Körperwicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm Durchblutungsstörung ja nein

Kachexie leicht mittel stark Kontrakturen leicht mittel stark

Lagerungsfähigkeit eingeschränkt stark eingeschränkt keine Diabetes ja nein

Vorschlag für eine effektive Versorgung:

Anti- Dekubitus- Hilfsmittel der Produktart: **11.** _____ Bezeichnung

konkretes Hilfsmittel (Name) _____

mit der Hilfsmittel-Positionsnummer **11.** _____
PG Ort UG Art Lfd.Nr.

Falls ein konkretes Produkt benannt wird, bitte begründen, warum dieses erforderlich ist:

Die Ermittlungen vor Ort wurden vorgenommen von _____ Tel. _____

Arzt Pflegefachkraft Sonstige (Funktion angeben): _____

Bemerkungen: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift (ggf. Stempel) _____

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 4 SGB X): Die personenbezogenen, medizinischen Daten sind zur Gewährung von Leistungen nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 73 SGB V notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung und Übermittlung ist § 100 SGB X i.V. m. § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V.