

Antrag zur ambulanten Versorgung mit NPWT

Seite 1/4 – BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN

Patientendaten

Name / Vorname	Krankenkasse	
Geburtsdatum	Telefonnummer	Versicherungsnummer
Straße / Hausnummer	Ansprechpartner	
PLZ / Ort	Telefonnummer	
Betreuer / gesetzlicher Vertreter	E-Mail	
Straße / Hausnummer	Straße / Hausnummer	
PLZ / Ort	PLZ / Ort	

Ärztliche Verordnung

Klinik / Praxis	<input type="checkbox"/> Stationäre Überleitung	<input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung	
Name	Station	Telefonnummer	
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort		
DRG	OGVD erreicht am		
Im Krankenhaus seit	Geplante Entlassung am		
Benötigtes Therapiesystem			
NPWT _____ mmHg	Spezialtherapie	Epidermale Hauttransplantation	
<input type="checkbox"/> ACTIV.A.C.™	<input type="checkbox"/> NANOVA™	<input type="checkbox"/> V.A.C.® GRANUFOAM SILVER™	<input type="checkbox"/> CELLUTOME™
<input type="checkbox"/> V.A.C.® SIMPLICITY™	<input type="checkbox"/> SNAP™	<input type="checkbox"/> VERAFLOR™	Nachbehandlung mit:
<input type="checkbox"/> V.A.C. ULTA™	<input type="checkbox"/> SNAP PLUS™	<input type="checkbox"/> Fisteladapter	<input type="checkbox"/> NANOVA™
			<input type="checkbox"/> TIELLE™
Diagnose			
<input type="checkbox"/> 14 Tage NPWT	<input type="checkbox"/> 30 Tage NPWT	<input type="checkbox"/> ____ Tage NPWT	Stempel / Unterschrift
Datum / Name Verordner			

Weiterbehandlung

Arzt / Facharzt	Pflegedienst / Pflegeeinrichtung		
Name / Vorname	Name der Einrichtung		
Fachrichtung	Telefonnummer	Ansprechpartner	Telefonnummer
Straße / Hausnummer	Abweichende Lieferadresse		
PLZ / Ort	Straße / Hausnummer		
Geschulter Kooperationspartner	PLZ / Ort		
Name der Einrichtung	Mitarbeiter - Name		
Ansprechpartner	Telefonnummer	KST	Telefonnummer

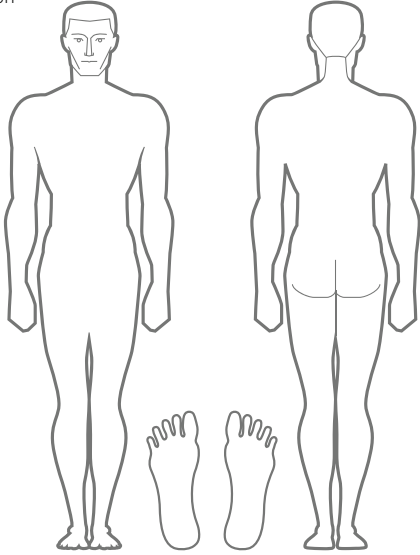

Wunddokumentation

Seite 3/4 – BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN

Name / Vorname Patient _____

Geburtsdatum _____

Wundzustand heute (Datum) _____

Lokalisation 	Wundgröße in cm Länge _____ Breite _____ Tiefe _____	
	Taschen _____ _____	
Wundrand <input type="checkbox"/> Gerötet <input type="checkbox"/> Mazeriert <input type="checkbox"/> Ödematös <input type="checkbox"/> Schuppig / Trocken <input type="checkbox"/> Verhornt <input type="checkbox"/> Klar abgegrenzt	Wundgrund (Mehrfach-Auswahl möglich) <input type="checkbox"/> Nekrotisch <input type="checkbox"/> Granulierend <input type="checkbox"/> Fibrinbelegt <input type="checkbox"/> Epithelisierend	
	Exsudat <input type="checkbox"/> Wenig <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/> Viel <input type="checkbox"/> Serös <input type="checkbox"/> Blutig <input type="checkbox"/> Eitrig <input type="checkbox"/> Geruchsbildung	Freiliegende Strukturen <input type="checkbox"/> Sehnen <input type="checkbox"/> Knochen <input type="checkbox"/> Faszie <input type="checkbox"/> Gefäß <input type="checkbox"/> Implantat <input type="checkbox"/> Organe
Infektion <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Abstrich am _____	Wundumgebung <input type="checkbox"/> Intakt <input type="checkbox"/> Ödematös <input type="checkbox"/> Gerötet <input type="checkbox"/> Schuppig / Trocken <input type="checkbox"/> Mazeriert	
Befund / Erreger _____	Antibiose _____	
Sonstiges <input type="checkbox"/> Tumorgewebe in der Wunde <input type="checkbox"/> Ostitis / Osteomyelitis: <input type="checkbox"/> Behandelt <input type="checkbox"/> Unbehandelt	Wundschmerz Skala 1 – 10 _____	

Wird die Lebensqualität / Teilhabe durch die NPWT verbessert?

<input type="checkbox"/> Ja, durch:	<input type="checkbox"/> Geruchsverminderung	<input type="checkbox"/> Exsudatmanagement	<input type="checkbox"/> Mehr Mobilität
<input type="checkbox"/> Nein			

Therapieziel

<input type="checkbox"/> Wundkonditionierung	<input type="checkbox"/> Granulation	<input type="checkbox"/> Sekundärnaht
<input type="checkbox"/> Plastische Deckung	<input type="checkbox"/> Krankenhausvermeidung	<input type="checkbox"/> Sicherung des Behandlungserfolges
<input type="checkbox"/> Palliative Versorgung		
Sonstiges _____		

Anhänge

<input type="checkbox"/> Arztbrief	<input type="checkbox"/> Befunde
<input type="checkbox"/> Fotodokumentation	<input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde

Datum _____

Unterschrift Arzt _____

