



WUNDANAMNESE PATIENTENFRAGEBOGEN

Gemeinsam finden wir die Ursache,
um Ihre Wunde optimal zu behandeln.



Name, Vorname: _____



Geburtsdatum: ____ . ____ . ____



Datum: ____ . ____ . ____

1 IHRE WUNDE

Seit wann besteht die Wunde?

- ☐ unter 2 Wochen ☐ 2 – 6 Wochen
☐ über 6 Wochen ☐ weiß ich nicht

Wo befindet sich die Wunde?

(z. B. rechter Unterschenkel, Ferse, Zeh)

Wie ist die Wunde entstanden?

- ☐ Druck / langes Liegen oder Sitzen ☐ Diabetes / „offener Fuß“
☐ Verletzung / Stoß / Trauma ☐ Durchblutungsstörung / Venenproblem
☐ Operation ☐ unbekannt
☐ Blase / aufgegangen ☐ Sonstiges: _____

Gab es die Wunde
oder eine ähnliche Wunde
schon einmal?

- ☐ nein
☐ ja, wo? _____
☐ heilt immer wieder schlecht

2 BESCHWERDEN DURCH DIE WUNDE

Haben Sie Schmerzen?

- ☐ nein
☐ leicht
☐ mittel
☐ stark

Wann treten Schmerzen auf? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ in Ruhe ☐ nachts
☐ bei Bewegung / Gehen ☐ bei Belastung / Stehen
☐ beim Verbandwechsel ☐ Sonstiges: _____

Weitere Beschwerden? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Nässen / viel Wundsekret ☐ geschwollene Beine
☐ Geruch ☐ Brennen
☐ Juckreiz ☐ Schlafstörungen
☐ Sonstiges: _____

3 WAS WISSEN SIE ÜBER IHRE WUNDE?

Wissen Sie, warum die Wunde
entstanden ist?

- ☐ ja
☐ teilweise
☐ nein

Wissen Sie, was die Heilung
unterstützt?

- ☐ ja
☐ teilweise
☐ nein

Welche Maßnahmen sind Ihnen bekannt, die die Heilung unterstützen?
(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Kompression / Strümpfe ☐ Blutzuckereinstellung
☐ Druckentlastung / Entlastung ☐ ausreichend trinken
☐ Bewegung / Gehen ☐ gesunde Ernährung
☐ weiß ich nicht

4 ALLTAG & EINSCHRÄNKUNGEN

Was fällt Ihnen durch die Wunde schwerer?
(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Gehen / Laufen ☐ Freunde / Familie besuchen
☐ Treppensteigen ☐ Arbeit / Beruf
☐ Einkaufen ☐ Schlafen
☐ Körperpflege ☐ Sport / Hobbys
☐ Anziehen / Schuhe ☐ Nichts davon
☐ Haushalt ☐ Sonstiges: _____

Benötigen Sie Hilfe?

- ☐ nein
☐ ja, durch Angehörige
☐ ja, durch Pflegedienst
☐ ja, andere: _____

5 HILFSMITTEL

Nutzen Sie Hilfsmittel? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Rollator ☐ Antidekubitusmatratze ☐ Gehstock / Krücken
☐ Rollstuhl ☐ Kompressionsstrümpfe ☐ Wundkissen / Sitzkissen
☐ Pflegebett ☐ Spezialschuhe / Einlagen ☐ keine
☐ Lagerungskissen ☐ Anziehhilfe ☐ Sonstiges: _____



ERKRANKUNGEN (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Diabetes (Zuckerkrankheit) ☐ Lähmung / eingeschränkte Bewegung
☐ Durchblutungsstörung (pAVK) ☐ Rheuma / Autoimmunerkrankung
☐ Venenerkrankung / Krampfadern ☐ Tumorerkrankung
☐ Herzschwäche ☐ Immunschwäche
☐ Bluthochdruck ☐ keine bekannten Erkrankungen
☐ Nierenerkrankung / Dialyse ☐ Sonstiges: _____



7 MEDIKAMENTE & UNVERTRÄGLICHKEITEN

Nehmen Sie Blutverdünner ein?

- ☐ ja
☐ nein ☐ weiß ich nicht

Nehmen Sie Cortison oder Medikamente
die das Immunsystem beeinflussen?

- ☐ ja ☐ weiß ich nicht

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

Gibt es Allergien oder Unverträglichkeiten,
insbesondere auf Pflaster, Kleber oder
Wundauflagen?

- ☐ nein
☐ ja, welche? _____



SELBSTVERSORGUNG & RESSOURCEN

Was können Sie selbst tun? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Verband / Wunde beobachten
☐ Bein hochlagern
☐ Druck entlasten / umlagern
☐ Bewegen / spazieren gehen
☐ Hautpflege
☐ Blutzucker kontrollieren
☐ Nichts davon

Was möchten Sie gerne wieder besser können?
Was sind Ihre Ziele?



9 LEBENSGEWOHNHEITEN

Rauchen Sie?

- ☐ nein
☐ ja

Trinken Sie
Alkohol?

- ☐ nein
☐ ja

Bewegen Sie sich
regelmäßig?

- ☐ ja ☐ kautig
☐ nein

Essen und trinken
Sie ausreichend?

- ☐ ja
☐ eher wenig
☐ unsicher



WAS IST IHNEN WICHTIG?

Was belastet Sie im Zusammenhang
mit der Wunde am meisten?

Was wünschen Sie sich von unserer
Behandlung / Beratung?

