

Erhebungsbogen Dekubitus

- Dekubitus-Prophylaxe** **Dekubitus-Therapie**
 Eilverversorgung !! Der Patient muss innerhalb von Stunden mit dem Hilfsmittel versorgt werden.

Patient Name: _____ geb.: _____

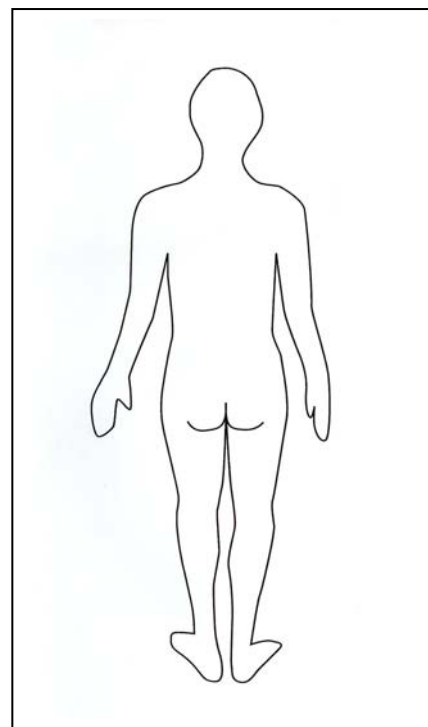
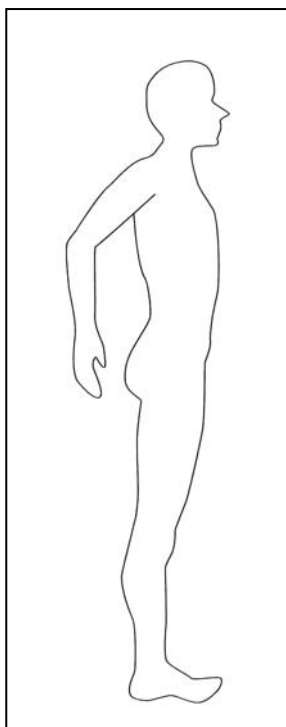
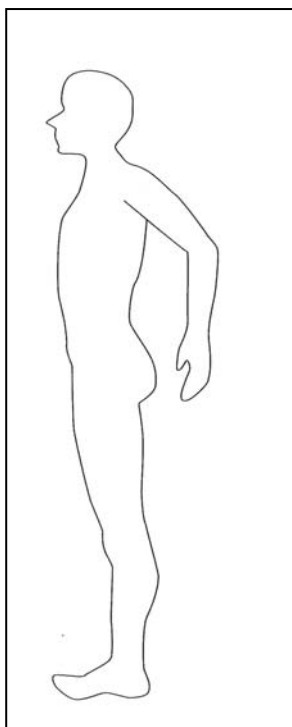
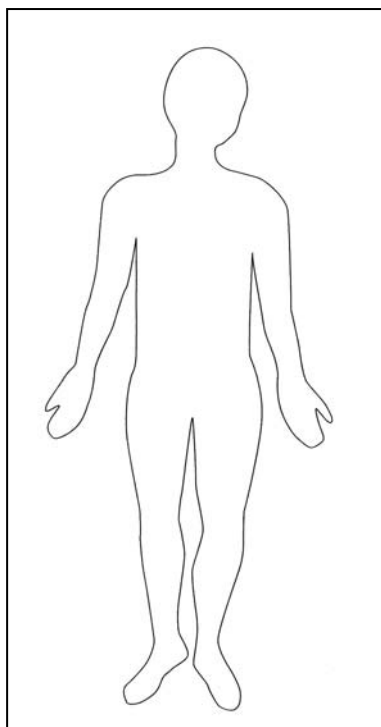
Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Gewicht !!! _____

Bei oben genanntem Patienten **besteht** aufgrund der Diagnose:

- ein niedriges mittleres hohes sehr hohes **Dekubitusrisiko**
- **bereits ein Dekubitus** Stadium I Stad. II Stad. III Stadium IV



Bitte markieren Sie: O = gefährdeter Bereich X = bestehender Dekubitus

Erforderliches Hilfsmittel:

- Dynamisches WD-System statisches Luftzellensystem Foto vorhanden
 Spezial-Schaumstoffmatratze

Das Hilfsmittel muss voraussichtlich Wochen eingesetzt werden.

Datum:

Unterschrift

PD