

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_

Pat.-Name: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

## Fragebogen „Wound-QoL“ zur Lebensqualität bei chronischen Wunden

**Arbeitshilfe: Erkannte Problembereiche der Lebensqualität und mögliche Maßnahmen**

Frage	Lebensqualitäts-Bereich	Wound-QoL Antwort "ziemlich" o. "sehr"	Mögliche Maßnahmen nach individuellem Patientengespräch zur Ursache der jeweiligen Beeinträchtigung (Bitte eingeleitete Maßnahmen ankreuzen)
1	Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Check: Schmerzintensität, <input type="checkbox"/> Schmerzqualität, <input type="checkbox"/> Systemische Schmerzeinstellung, <input type="checkbox"/> Analyse der Schmerzursachen, <input type="checkbox"/> Schmerzvermeidung (z.B. physikalische Maßnahmen beim VW)
2	Unangenehmer Geruch	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Ursache beseitigen (z.B. Infektmanagement, Entstauung), <input type="checkbox"/> lokale Geruchsreduktion (z.B. Einsatz von Aktivkohleauflagen)
3	Wundausfluss	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Ursache beseitigen (z.B. Infektmanagement, Entstauung), <input type="checkbox"/> Lokale Maßnahmen (z.B. Einsatz von Superabsorbent, Wechselintervalle anpassen, Hautschutz), <input type="checkbox"/> Beratung in Kleider- und Schuhwahl (z.B. lange, dunkle Kleidung)
4	Schlaf beeinträchtigt	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Wodurch ist der Schlaf beeinträchtigt (z.B. Sorgen, Schmerzen)?, <input type="checkbox"/> Einschlaf- oder Durchschlafstörungen?, <input type="checkbox"/> Wenn möglich, Ursache beseitigen, <input type="checkbox"/> Unterstützende Medikamente verabreichen, <input type="checkbox"/> Entspannungstechniken
5	Behandlung belastend	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Ursache beseitigen, z.B.: <input type="checkbox"/> Terminreduktion, <input type="checkbox"/> weniger Behandler, <input type="checkbox"/> bessere Zeitplanung, <input type="checkbox"/> weniger aufwändige Behandlung, <input type="checkbox"/> schmerzärmere Behandlung, <input type="checkbox"/> kostengünstigere Behandlung, <input type="checkbox"/> andere Kollegen (z.B. persönliche Ebene stimmt nicht)
6	Niedergeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Warum sind Sie niedergeschlagen?, <input type="checkbox"/> Was können wir tun, damit sich dies ändert?, <input type="checkbox"/> Psychosoziale Beratung
7	Frustriert über langsame Heilung	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Aufklärung über Krankheitsbild und damit verbundene Maßnahmen, <input type="checkbox"/> Teilziele vereinbaren
8	Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Erfassen, worin sich die Sorgen äußern bzw. wovor der Betroffene Angst hat (z.B. weitere Wunden, Amputation) <input type="checkbox"/> Medizinisch-pflegerisches Aufklärungsgespräch je nach Gegenstand der Besorgnis, <input type="checkbox"/> Psychosoziale Beratung
9	Angst vor Verschlechterung/neuen Wunden	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Tipps zu Rezidivprophylaxe/adäquatem Umgang mit dem Material, <input type="checkbox"/> Beratung zu hygienischem Umgang, <input type="checkbox"/> Psychosoziale Beratung
10	Angst, sich an Wunde zu stoßen	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Wodurch ist diese Angst begründet, z.B. Gangunsicherheit, Schwindel <input type="checkbox"/> Hilfsmittelberatung, z.B. Unterarmgehstützen und Gangschulung, <input type="checkbox"/> Einsatz von Schutzverbänden
11	Schlechte Fortbewegung	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Beratung in Schuhwahl und Hilfsmittelnutzung, <input type="checkbox"/> Gangschulung, <input type="checkbox"/> Physiotherapeutische Maßnahmen
12	Treppensteigen mühsam	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Beratung bei Schuhwahl und Hilfsmittelnutzung (z.B. Unterarmgehstützen), <input type="checkbox"/> Physiotherapeutische Maßnahmen
13	Probleme mit Alltagsaktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Welche Aktivitäten sind eingeschränkt, <input type="checkbox"/> Organisation von Unterstützung, <input type="checkbox"/> Kann Sozialdienst helfen? <input type="checkbox"/> Beratung zu Hilfsmitteln
14	Freizeitaktivitäten eingeschränkt	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Welche Aktivitäten sind eingeschränkt und wie belastend ist dies für Sie?, <input type="checkbox"/> Was würden Sie sich wünschen?, <input type="checkbox"/> Beratung zu Hilfsmitteln und praktischen Bewältigungsstrategien
15	Aktivitäten mit Anderen eingeschränkt	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Welche Aktivitäten sind dies?, <input type="checkbox"/> Was ist die Ursache der Einschränkungen?, <input type="checkbox"/> Welche Alternativen können Sie sich vorstellen?, <input type="checkbox"/> Beratung zu Hilfsmitteln und praktischen Bewältigungsstrategien
16	Abhängig von Hilfe	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Was kann der Patient ggf. selber übernehmen (aber: keine Über-/Unterforderung!), <input type="checkbox"/> Wechsel der unterstützenden Personen andeuten (stimmt die Beziehungsebene?), <input type="checkbox"/> Beratung über unterstützende Hilfsmittelnutzung, z.B. Anziehhilfen
17	Finanzielle Belastung	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Worin äußert sich diese?, <input type="checkbox"/> Gibt es Alternativen?, <input type="checkbox"/> Werden alle Produkte benötigt?, <input type="checkbox"/> Gibt es eine Zuzahlungsbefreiung?, <input type="checkbox"/> Kann das Sozialamt eingeschaltet werden?

Re-Evaluation (Erhebung des Wound-QoL) spätestens nach 4 Wochen oder bei Komplikationen,

geplant für: \_\_\_\_\_ (Datum)