

ARBEITSBOGEN 13:
WUNDVERSORGUNG UND VERBANDMITTEL

I Hinweis zur Bearbeitung des Arbeitsbogens

Informieren und beraten Sie einen Kunden bzw. Patienten über Wundversorgung und/oder Verbandmittel.

Beachten Sie, dass dieser Arbeitsbogen aus datenschutzrechtlichen Gründen nur zu Ihrer eigenen Verwendung im Rahmen der praktischen Ausbildung in der Apotheke und zur Prüfungsvorbereitung gedacht ist und insbesondere nicht mit Dritten besprochen werden darf. Sobald Sie den Arbeitsbogen nicht mehr benötigen, ist dieser ordnungsgemäß zu vernichten. Verzichten Sie beim Ausfüllen des Arbeitsbogens auf die Nennung des Patientennamens sowie auf das Geburtsdatum. Falls erforderlich, benennen Sie lediglich das Alter in Jahren.

II Patienteninformationen

Alter: _____ Geschlecht: m w

Ist eine Patientendatei vorhanden? Ja Nein

Sind (chronische) wundheilungsbeeinflussende Erkrankungen, Allergien, Unverträglichkeiten bekannt, z. B. Diabetes mellitus? Nein Ja:

Werden akut oder regelmäßig wundheilungsbeeinflussende Arzneimittel angewendet, z. B. Antikoagulantien? Nein Ja:

Die Beratung erfolgt im Rahmen
 einer ärztlichen Verordnung. der Selbstbehandlung, Patientenwunsch.

Wie lautet die ärztliche Verordnung bzw. der Patientenwunsch?

Um welche Art der Wunde handelt es sich? Akute Wunde Chronische Wunde

III Wundversorgung/Verbandmittel im Rahmen der Selbstbehandlung

Um welche Art der Versorgung handelt es sich beim Patienten?

Wundversorgung Versorgung mit Verbandmitteln

Beschreiben Sie die Wunde bzw. Verletzung oder den Zweck der Behandlung bzw. Versorgung.

ARBEITSBOGEN 13:
WUNDVERSORGUNG UND VERBANDMITTEL

Wann sind die Grenzen der Selbstbehandlung in diesem Fall überschritten?

Kann die Behandlung im Rahmen der Selbstbehandlung erfolgen? Ja Nein

Besitzt der Patient einen aktuellen Tetanusimpfstatus?

Ja Unbekannt oder Nein, der Patient wurde über die Notwendigkeit einer Tetanus-Auffrischimpfung informiert und dafür an einen Arzt verwiesen.

IV Wundversorgung/Verbandmittel bei ärztlicher Verordnung

Treten für die vorliegende Verordnung Bedenken bzw. Unklarheiten auf? Ja Nein

Wenn ja, welche Bedenken bzw. Unklarheiten treten auf?

Welche Maßnahme/n schlagen Sie vor? Wie lautet/n Ihr/e Lösungsvorschlag/-vorschläge?

Müssen Sie für die Umsetzung der zu treffenden Maßnahme/n eine Rücksprache mit dem Arzt vornehmen? Ja Nein

Wird Ihr Lösungsansatz vom Arzt angenommen? Ja Nein

Wenn nein, wie lautet die Antwort/der Lösungsvorschlag vom Arzt?

Konnten die Bedenken bzw. Unklarheiten beseitigt werden? Ja Nein

Zur Überprüfung der Verschreibung auf Einhaltung der vertrags- und sozialrechtlichen Bestimmungen bei der Belieferung von Kassenrezepten bearbeiten Sie den Arbeitsbogen 20 „Das Rezept – Rechtliche Grundlagen und Abrechnung“.

V Produktcharakterisierung

Welche/s Produkt/e empfehlen Sie bzw. geben Sie ab? Charakterisieren Sie das/die Produkt/e.

1. Produktempfehlung bzw. -verordnung:

Bezeichnung: _____

Produktklasse:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wundreinigung bzw. Desinfektion | <input type="checkbox"/> Wundauflage |
| <input type="checkbox"/> Fixierung von Wundauflagen bzw. -verband | <input type="checkbox"/> Wundbehandlungsmittel zur Heilungsförderung |
| <input type="checkbox"/> Saug- und Polstermaterial | <input type="checkbox"/> Stütz- und Kompressionsbinden |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Name/Firma des Unternehmers: _____

PZN: _____ AEK (€): _____ AVK (€): _____

Steril Unsteril Ggf. LOT-Nr: _____

CE-Kennzeichnung bei MP gemäß § 9 Medizinproduktegesetz (MPG) vorhanden

Funktion bzw. Wirkweise:

Wie wird die Wundversorgung bzw. das Verbandmittel entsprechend des Gefährdungspotentials gemäß der europäischen Richtlinie RL 93/42/EWG Anhang IX MPG klassifiziert?

Klasse: _____ Beschreibung: _____

Die CE-Zertifizierung beinhaltet in diesem Fall:

- Eine Konformitätserklärung durch den Hersteller
- Eine Konformitätsbewertung durch eine „benannte Stelle“, z. B. TÜV
- Ein Konsultationsverfahren durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

2. Produktempfehlung bzw. -verordnung:

Bezeichnung: _____

Produktklasse:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wundreinigung bzw. Desinfektion | <input type="checkbox"/> Wundauflage |
| <input type="checkbox"/> Fixierung von Wundauflagen bzw. -verband | <input type="checkbox"/> Wundbehandlungsmittel zur Heilungsförderung |
| <input type="checkbox"/> Saug- und Polstermaterial | <input type="checkbox"/> Stütz- und Kompressionsbinden |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Name/Firma des Unternehmers: _____

ARBEITSBOGEN 13:
WUNDVERSORGUNG UND VERBANDMITTEL

PZN: _____ AEK (€): _____ AVK (€): _____

Steril Unsteril Ggf. LOT-Nr: _____

CE-Kennzeichnung bei MP gemäß § 9 (MPG) vorhanden

Funktion bzw. Wirkweise:

Wie wird die Wundversorgung bzw. das Verbandmittel entsprechend des Gefährdungspotentials gemäß der europäischen Richtlinie RL 93/42/EWG Anhang IX MPG klassifiziert?

Klasse: _____ Beschreibung: _____

Die CE-Zertifizierung beinhaltet in diesem Fall:

Eine Konformitätserklärung durch den Hersteller

Eine Konformitätsbewertung durch eine „benannte Stelle“, z. B. TÜV

Ein Konsultationsverfahren durch das BfArM

Begründen Sie Ihre Entscheidung bei Abgabe im Rahmen der Selbstbehandlung:

VI Information, unterstützende Maßnahmen, Abgabe

Geben Sie dem Patienten alle notwendigen Informationen u. a. über die Anwendung, Anwendungsdauer, über die sachgerechte Aufbewahrung und Entsorgung sowie Hinweise für unterstützende Maßnahmen und Zusatzempfehlungen.

Folgende schriftliche Informationsmaterialien werden dem Patienten mitgegeben:

Es erfolgt die Rückfrage an den Patienten, ob noch weitere Fragen geklärt werden müssen.

Folgende Möglichkeiten der Kontaktaufnahme werden angeboten:

Telefonnummer der Apotheke

E-Mail-Adresse der Apotheke

Sonstiges: _____

