



## **WundNet – Forum der regionalen Wundnetze in Deutschland**

### **Erhebungsbogen zum Stand der Wundnetzaktivitäten**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

bundesweit wurden in den letzten Jahren vielfach Wundnetze oder –arbeitsgruppen eingerichtet. Über die Aktivitäten der meisten Netze ist nur wenig bekannt.

Wir leiten ein Projekt zum bundesweiten Austausch zwischen Wundnetzen und schreiben Sie mit der Frage an, ob Ihnen in Ihrem Bereich entsprechende Wundnetze oder vergleichbare Kooperationsverbände bekannt sind. Dies kann von einem informellen Zusammenschluss mehrerer Praxen bis zu großen Versorgungsnetzen reichen.

Wir bitten Sie freundlich, in wenigen Minuten den umseitigen Fragebogen auszufüllen und uns zurückzusenden (Fax 040-74105-5348). Dieser Fragebogen wird an Ärzte, Pflegenden und weitere Personen in Deutschland versendet, die mit der Versorgung von Wunden befasst sind.

Die Daten aus dieser Erhebung werden vom Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am Universitätsklinikum Hamburg ausgewertet. Die Ergebnisse sollen die Kooperation zwischen aktiven Wundnetzen unterstützen, geplanten Wundnetzen eine Starthilfe sein und allen den Wissensaustausch erleichtern.

Die Ergebnisse der Erhebung werden jedem Teilnehmer auf Wunsch zugesendet.

Wichtig: Sofern gewünscht, wird Ihr Wundnetz in einer Web-Übersicht unter **www.wundnet.de** genannt – bitte einfach ankreuzen.

Bitte kontaktieren Sie uns gern bei Rückfragen.  
Herzlichen Dank für Ihre Beteiligung und freundliche Grüße!

Für die Projektgruppe

Prof. Dr. Matthias Augustin

Dr. Wolfgang Tigges

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf alle Formen einer Kooperation zwischen wundversorgenden Einrichtungen wie Kliniken, Praxen oder Pflegedienste. Gemeint sind z.B. Wundnetze, Wundzentren oder Wund-Arbeitsgemeinschaften. Zur Vereinfachung wird hierfür der Begriff „Wundnetz“ verwendet. → **Den Fragebogen finden Sie im Web: [www.wundnet.de](http://www.wundnet.de)**

Name des Ausfüllenden: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <b>Ist Ihnen in Ihrem regionalen Bereich ein Wundnetz bekannt?</b>             | <input type="radio"/> JA                                  | <input type="radio"/> NEIN  | Wenn ja:   |
| Name des Wundnetzes:   | _____   |   |  |
| <i>Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf dieses Wundnetz:</i>             |   |   |  |
| <b>Gründung des Netzes</b>   | _____ (Jahr)  | <input type="checkbox"/> Gründung geplant                                   | <b>Website: <a href="http://www.">www.</a></b> _____ |
| <b>Beteiligte</b>  | Anzahl Praxen: ca. ____                                   | Kliniken: ca. ____  | Pflegedienste: ca. ____                              |
| <b>Wer ist Koordinator / Sprecher?</b>   | _____   |   |  |
| <b>Wie ist die geographische Ausdehnung des Netzes?</b>                        | _____   |   |  |
| <b>Welche Rechtsform hat das Wundnetz? (falls bekannt)</b>                     | <input type="checkbox"/> noch keine feste                 | <input type="checkbox"/> eingetragener Verein                               | <input type="checkbox"/> GmbH                        |
|  | <input type="checkbox"/> andere : _____                   | anerkannt gemeinnützig: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |  |
| <b>Welche Aktivitäten finden bisher in Ihrem Netz statt oder sind geplant?</b> | <b>Aktuell</b><br><b>Geplant</b>                          | <b>Aktuell</b><br><b>Geplant</b>  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Mitgliederversammlungen          | <input type="checkbox"/> Zusammenkünfte für Erfahrungsaustausch             |  |
|  | <input type="checkbox"/> Fortbildungsveranstaltungen      | <input type="checkbox"/> Massnahmen zum QM                                  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Versorgung von Patienten         | <input type="checkbox"/> Absprachen zur Versorgung der Patienten            |  |
|  | <input type="checkbox"/> Austausch von Zweitmeinungen     | <input type="checkbox"/> Regelung der Überleitung von Patienten             |  |
|  | <input type="checkbox"/> Einholen von Rechtsberatung      | <input type="checkbox"/> Kooperation bei Studien                            |  |
|  | <input type="checkbox"/> Einleitung von Selektivverträgen | <input type="checkbox"/> Selektivverträge bereits abgeschlossen             |  |
|  | <input type="checkbox"/> Sonstige:                        | <input type="checkbox"/> Einheitliche digitale Wunddokumentation            |  |
| <b>Welche Berufsgruppen sind an Ihrem Netz beteiligt?</b>                      | <input type="checkbox"/> Klinikärzte                      | <input type="checkbox"/> Hausärzte  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Niedergelassene Fachärzte        | <input type="checkbox"/> Pflegende aus Kliniken oder Heimen                 |  |
|  | <input type="checkbox"/> Ambulant Pflegende               | <input type="checkbox"/> Podologen  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Lymphtherapeuten                 | <input type="checkbox"/> Diabetesberater                                    |  |
|  | <input type="checkbox"/> Apotheker                        | <input type="checkbox"/> Sanitätsfachhandel                                 |  |
|  | <input type="checkbox"/> Industrie                        | <input type="checkbox"/> Krankenkassen                                      |  |
|  | <input type="checkbox"/> Sonstige:                        |   |  |
| <b>Welche Disziplinen sind an Ihrem Netz beteiligt?</b>                        | <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin                 | <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie                                 |  |
|  | <input type="checkbox"/> Dermatologie                     | <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie                                     |  |
|  | <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie                  | <input type="checkbox"/> Plastische Chirurgie                               |  |
|  | <input type="checkbox"/> Palliativmedizin                 | <input type="checkbox"/> Andere Chirurgie: _____                            |  |
|  | <input type="checkbox"/> Diabetologie                     | <input type="checkbox"/> Rheumatologie                                      |  |
|  | <input type="checkbox"/> Sonstige:                        |   |  |

**Bitte faxen an Sekretariat CVderm Fax: 040-74105-5348**

Falls Sie persönlich über die Ergebnisse informiert werden möchten:

Anschrift: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Mein Netz soll auf der Website [www.wundnet.de](http://www.wundnet.de) genannt werden.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**