

Anprobeprotokoll Lymphologie **UNTERE EXTREMITÄT**

Patientenname: _____

Produkt: _____ **KKL:** _____

	i. O. (bitte mit „x“ bestätigen)	Problem/Mangel	Bemerkung
Längen <u>Gesamtlänge</u>			
<u>Fußlänge</u>			
Druckempfinden des Patienten durch Berater			
Anatomische Abschlüsse			
Passform <u>Knie</u>			<input type="checkbox"/> Kniekehlenkomprese
<u>Sprunggelenk</u>			
<u>Anat. Abschlüsse</u>			
<u>Leibteil bei Hosen</u>			
<u>Zehenkappe</u>			
Material- /Nahtverarbeitung			
Haltevorrichtung			
Sonstiges			

Weitere Vorgehensweise:

- Kompressionsbestrumpfung wird an Patienten übergeben
- Meldet sich bei Problemen innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe
- Wiedervorstellung am: _____ tel. Rücksprache am: _____
- Rücksendung an Hersteller Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift Berater

Unterschrift Patient

- Checkliste (Wiedervorstellg./tel.R.):** Rutschen Einschnürungen
- Stauungszeichen Reödematisierung Faltenbildung alles in Ordnung
- Maßkontrolle

Datum: _____

Unterschrift Berater

Anprobeprotokoll Lymphologie **OBERE EXTREMITÄT**

Patientenname: _____

Produkt: _____ **KKL:** _____

	i. O. (bitte mit „x“ bestätigen)	Problem/Mangel	Bemerkung
Längen <u>Gesamtlänge</u>			
<u>Finger</u>			
<u>Handteil</u>			
Passform <u>Ellenbeuge</u>			
<u>Handgelenksbereich</u>			
<u>Anat. Abschlüsse</u>			
Sensibilität/Durchblutung der Fingerkuppen (bei Handschuh)			
Druck Handrücken			<input type="checkbox"/> Pelotte hand- gelenksübergreifend
Material-/Nahtverarbeitung			
Haltevorrichtung			
Sonderversorgung (Reißver- schluss, Klettband u. a.)			
Sonstiges			

Weitere Vorgehensweise:

- Kompressionsbestrumpfung wird an Patienten übergeben
- Meldet sich bei Problemen innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe
- Wiedervorstellung am: _____ tel. Rücksprache am: _____
- Rücksendung an Hersteller Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift Berater

Unterschrift Patient

- Checkliste (Wiedervorstellg./tel.R.):** Rutschen Einschnürungen
- Stauungszeichen Reödematierung Faltenbildung alles in Ordnung
- Maßkontrolle

Datum: _____

Unterschrift Berater

Anprobeprotokoll Lymphologie THORAX/GESICHT

Patientenname: _____

Produkt: _____

KKL: _____

	i. O. (bitte mit „x“ bestätigen)	Problem/Mangel	Bemerkung
Längen <u>Armlänge</u>			
<u>Gesamtlänge</u>			
Passform <u>Axillarbereich</u>			
<u>Kopf</u>			
<u>Hals</u>			
<u>Auge</u>			
<u>Nase</u>			
<u>Ohr</u>			
<u>Mund</u>			
Körbchen/Ausschnitte			
Verschlüsse(Reißverschluss, Klettband u. a.)			
Material-/Nahtverarbeitung			
Sonderversorgung			
Sonstiges			

Weitere Vorgehensweise:

- Kompressionsbestrumpfung wird an Patienten übergeben
- Meldet sich bei Problemen innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe
- Wiedervorstellung am: _____ tel. Rücksprache am: _____
- Rücksendung an Hersteller Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift Berater

Unterschrift Patient

- Checkliste (Wiedervorstellg./tel.R.):** Rutschen Einschnürungen
- Stauungszeichen Reödematisierung Faltenbildung alles in Ordnung
- Maßkontrolle

Datum: _____

Unterschrift Berater

Abgabeprotokoll der lymphologischen Kompressionsversorgung

Patientenname: _____

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift den Empfang der von mir bei [Sanitätshaus] in Auftrag gegebenen Kompressionsteile:

Die Lieferung erfolgt unter dem Eigentumsvorbehalt der vollständigen Bezahlung durch den Kostenträger.

Anzahl		Anzahl	
<input type="checkbox"/>	Zehenkappe _____	<input type="checkbox"/>	Handschuh _____
<input type="checkbox"/>	Kompr. Socken _____	<input type="checkbox"/>	Armstrumpf _____
<input type="checkbox"/>	Kniestrumpf _____	<input type="checkbox"/>	Kompresse _____
<input type="checkbox"/>	Halbschenkelstrumpf _____		f. Handrücken
<input type="checkbox"/>	Schenkelstrumpf _____		
<input type="checkbox"/>	Strumpfhose _____		
<input type="checkbox"/>	Einbeinhose _____		
<input type="checkbox"/>	Panty (Bermuda) _____		
<input type="checkbox"/>	Weste _____		
<input type="checkbox"/>	Kopf/Kinnbandage _____	Zubehör	Sonstiges
<input type="checkbox"/>	Kompresse _____	<input type="checkbox"/>	Anziehhilfe
	f. Kniekehle	<input type="checkbox"/>	Gummihandschuhe _____
<input type="checkbox"/>	Kompresse _____	<input type="checkbox"/>	Hautcreme _____
	f. Mons Pubis	<input type="checkbox"/>	Waschmittel _____

Nach meinem gegenwärtigen Empfinden ist die Passform der gelieferten Kompressionsteile gut. Sollte ich Mängel in der Passform bemerken, werde ich dies unverzüglich dem [Sanitätshaus] melden.

Im Beratungsgespräch wurde ich auf die Leitlinien für Ödembestrumpfungen hingewiesen sowie über die Wirkungsweise der unterschiedlichen Qualitäten (Rund-/Flachstrick) aufgeklärt.

Eine Anprobe wurde mit mir durchgeführt, dabei wurde mir die Anziehtechnik sowie die Pflege der Bestrumpfung erklärt/erläutert. Um Laufmaschen und Beschädigungen des Gestrickes zu vermeiden, wurde ich auf die entsprechende Nagelpflege hingewiesen. Die Bestrumpfung muss mit geeigneten Haushaltshandschuhen angezogen werden, um Schäden (Laufmaschen) zu vermeiden und die Verteilung des Gestrickes zu erleichtern.

Die Pflegehinweise/Gebrauchsanweisung des Herstellers habe ich erhalten.

Gemäß §32 SGB V sind Hilfsmittel zur Kompressionstherapie mit 10% Eigenanteil zuzahlungspflichtig (min. 5 €, max. 10 €).

Datum: _____ Unterschrift: _____

Muster Gebrauchsanweisung

Gebrauchsanweisung

Hinweise zum Umgang mit Kompressionsversorgungen

- Die Kompressionsversorgung sollte immer morgens bzw. gleich nach Abschluss der Lymphdrainage angezogen werden.
- Die Haut sollte vor dem Anziehen gut abgetrocknet werden und nicht unmittelbar vorher eingecremt werden.
- Die Anwendung von Cremes oder Salben beeinträchtigt die Kompressionswirkung des Gewebes und zerstört die elastischen Fäden. Außerdem wird durch eine fettige oder feuchte Hautoberfläche das Anziehen der Bestrumpfung erschwert. Einige Hersteller bieten Pflegeprodukte an, die auf Kompressionsmaterialien abgestimmt sind. Diese Produkte können angewendet werden. Die Hautpflege sollte abends nach dem Ausziehen der Bestrumpfung erfolgen.
- Beim Anziehen der Bestrumpfung sollten Gummihandschuhe mit Noppen getragen werden. Dies schont die Fingernägel und das Kompressionsgestrick. Auch das Anmodellieren des Kompressionsteils wird damit wesentlich erleichtert. Bei Anziehschwierigkeiten können verschiedene Anziehhilfen angewendet werden. Diese können im Sanitätshaus ausprobiert werden.
- Kompressionsmaterialien müssen täglich von links bei 30°-40°C gewaschen werden (s. Herstellerangaben). Dies kann auch im Wäschenetz im Schonwaschgang der Waschmaschine erfolgen (besonders günstig bei Flachstrickmaterial wegen der gründlicheren Reinigung in der Maschine). Sämtliche Verschlüsse schließen! Keinesfalls Weichspüler oder Wollwaschmittel verwenden!
- Wenn Kompressionsartikel regelmäßig getragen werden, ist spätestens nach einem halben Jahr die Kompressionswirkung nicht mehr ausreichend. In Sonderfällen, z.B. bei sehr hoher Beanspruchung oder ausgeprägtem Ödem, kann es zu schnellerem Verschleiß der Kompressionsversorgung kommen.

Verschiedene Pflegeprodukte, Waschmittel, Anziehhilfen und Gummihandschuhe können im Sanitätshaus erworben werden.

Muster Arbeitszeiterfassung

Arbeitszeiterfassung Lymphologie

Tätigkeit	Zeit (Minuten)	Bemerkung
Erstberatung		
Zustandserhebung		
Maßnahme		
Rücksprache mit Arzt/Therapeut		
Aufarbeitung Maße und Bestellung		
Wareneingangskontrolle		
Terminvereinbarung		
1. Anprobe		
2. Anprobe		
3. Anprobe		
Pelottenfertigung		
Reklamationszeiten		
Einweisungszeit (Anziehtechnik, Gebrauchshinweise, Pflege...)		
Erstellung Kostenvoranschlag		
Rücksprachen mit KK		
Service (Reparaturen u. a.)		
Rechnungslegung		
Eigenanteil erheben		
Sonstiges		