

## 1.0 Stammdaten (in Kurzform):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Diagn., weitere Angaben auf Patientenakte: \_\_\_\_\_

## 1.1 Angaben zur Person

☐ männlich      ☐ weiblich      Beruf: \_\_\_\_\_

☐ überwiegend stehende Tätigkeit      ☐ überwiegend sitzende Tätigkeit

Blutdruck \_\_\_\_\_ mmHg      Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

## 1.2 Versorgungsrelevante Zweiterkrankung, Kontraindikationen oder Therapien

☐ Herz-Kreislauferkrankungen      welche: \_\_\_\_\_

☐ Atemwegserkrankungen      welche: \_\_\_\_\_

☐ Hauterkrankungen      welche: \_\_\_\_\_

☐ Allergien      welche: \_\_\_\_\_

☐ Verschlusskrankheit (arteriell/venös)      welche: \_\_\_\_\_

☐ Ulcus      wo lokalisiert: \_\_\_\_\_

☐ Lähmungen      welche: \_\_\_\_\_

☐ Erysipel      wo / wann: \_\_\_\_\_

☐ Weitere Hinweise \_\_\_\_\_

☐ Rücksprache mit dem Arzt:      erfolgt: \_\_\_\_\_

## 2.0 Angaben zur Therapie

### 2.1 Manuelle Lymphdrainage

☐ Akutbehandlung in der Klinik vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Entlassung am: \_\_\_\_\_ Anzahl der täglichen Lymphdrainagen: \_\_\_\_\_

☐ Ambulante Lymphdrainagen verordnet (Anzahl): \_\_\_\_\_

Beginn / Intervall von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

☐ Verträglichkeit der Bandagierung (Höhe): \_\_\_\_\_

Diagnose laut Verordnung: \_\_\_\_\_

## 2.2 Bisherige Kompressionsversorgung

Monat und Jahr der letzten Versorgung: \_\_\_\_\_ Hersteller: \_\_\_\_\_

Entspricht den Richtlinien (AWMF) für Ödembestrumpfungen: ☐ ja ☐ nein

Bisherige Compliance des Patienten:

☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ schlecht

### Angaben zur Fremdversorgung:

	<b>Bein</b>	<b>Arm</b>
<input type="checkbox"/> Serienversorgung	<input type="checkbox"/> A-A1 <input type="checkbox"/> A-D	<input type="checkbox"/> A-C1 <input type="checkbox"/> A-D1
<input type="checkbox"/> Maßanfertigung rundgestrickt	<input type="checkbox"/> A-G <input type="checkbox"/> A-T	<input type="checkbox"/> A-E <input type="checkbox"/> C-G1
<input type="checkbox"/> Maßanfertigung flachgestrickt	<input type="checkbox"/> ATE <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ET <input type="checkbox"/> BT	<input type="checkbox"/> A-G1
<input type="checkbox"/> KKL1	<input type="checkbox"/> KKL2	<input type="checkbox"/> KKL 3
		<input type="checkbox"/> KKL 4

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 3.0 Palpationsbefund (Sichtbefund, positives Stemmersches Zeichen)

Ödemlokalisierung:

Fuß	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Zehen	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Fußrücken	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Ferse	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re
US	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	OS	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Becken	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Genitalbereich	<input type="checkbox"/>
Rumpf	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Kopf	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Schulter	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re		
Arm	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Hand	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Handrücken	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Finger	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re

## 3.1 Hautbild

Hautempfinden (Druck)	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> sensibel	<input type="checkbox"/> reduziert
Transplantationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hautverfärbungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hauttemperatur	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> warm	<input type="checkbox"/> heiß

## 3.2 Ödemkonsistenz

☐ Weiche Konsistenz ☐ Verhärtet ☐ fibrotisch

Datum: \_\_\_\_\_ Medizinprodukteberater/-in: \_\_\_\_\_

Anhang: Maßblatt und ggf. Extremitätenabbildung zur Darstellung von Ulcerationen oder Transplantationen