

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	_____		
<input type="checkbox"/> Kompresse	_____		
f. Kniekehle		Accessoires	Sonstiges
<input type="checkbox"/> Kompresse	_____	<input type="checkbox"/> Anziehhilfe	_____
f. Mons Pubis		<input type="checkbox"/> Gummihandschuhe	_____
		<input type="checkbox"/> Hautcreme	_____
		<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 Richtlinien für Ödembestrumpfung hingewiesen, sowie über die Wirkungsweise der unterschiedlichen Qualitäten (Rund-/Flachstrick) aufgeklärt.

Eine Anprobe wurde mit mir durchgeführt, dabei wurde ich in die Anziehtechnik sowie die Pflege der Bestrumpfung unterwiesen.

Um Laufmaschen und Beschädigungen des Gestricks 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 Gestricks 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: _____

