

Anprobeprotokoll Lymphologie **UNTERE EXTREMITÄT**

Patientenname: _____

Produkt: _____ KKL: _____

	i.O. (bitte per „x“ bestätigen)	Problem / Mangel	Bemerkung
Längen <u>Gesamtlänge</u>			
<u>Fußlänge</u>			
Druckempfinden des Patienten durch Beraterin			
Anatomische Abschlüsse			
Passform <u>Knie</u>			Kniekehlenkompresse
<u>Sprunggelenk</u>			
<u>Anat. Abschlüsse</u>			
<u>Leibteil bei Hosen</u>			
<u>Zehenkappe</u>			
Nahtqualität, Materialverarbeitung			
Haltevorrichtung			
Sonstiges			

Weitere Vorgehensweise:

Kompressionsbestimmung 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 per „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 d. Fingerkuppen (bei Handschuh)			
Druck Handrücken			Pelotte hand- gelenksübergreifend
Material- / Nahtverarbeitung			
Haltevorrichtung			
Sonderversorgung (Reißverschluss, Klettband, u.a.)			
Sonstiges			

Weitere Vorgehensweise:

Kompressionsbestimmung 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 THORAX / GESICHT

Patientenname: _____

Produkt: _____ KKL: _____

	i.O. (bitte per „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:

Kompressionsbestimmung 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

