

Zustandserhebung für die Kompressionsversorgung lymphologischer Patienten

1.0 Stammdaten (in Kurzform):

Name, Vorname: _____

Geb.: _____

Weitere Angaben auf Patientenakte: _____

1.1 Angaben zur Person

männlich weiblich

Beruf: _____

überwiegend stehende Tätigkeit überwiegend sitzende Tätigkeit

Blutdruck _____ mmHg Körpergewicht: _____

Körpergröße: _____

2.0 Angaben zur Therapie

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: _____

2.1 Versorgungsrelevante Zweiterkrankung, Kontraindikationen oder Therapien Bestehen beim Patienten



- Herz-Kreislaufkrankungen 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: _____

3.0 Bisherige Versorgung

Monat und Jahr der letzten Versorgung: _____

Welcher Hersteller: _____

Entspricht bisherige Versorgung den Richtlinien für Ödembestrumpfung:

- ja nein

Bisherige Compliance des Patienten:

- sehr gut gut befriedigend schlecht

Angaben zur Fremdversorgung

Bein

Arm

Serienversorgung

A-A1

A-C1



- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> A-B1 | <input type="checkbox"/> A-D |
| <input type="checkbox"/> Maßanfertigung rundgestrickt | <input type="checkbox"/> A-D | <input type="checkbox"/> A-E |
| | <input type="checkbox"/> A-G | <input type="checkbox"/> A-G1 |
| <input type="checkbox"/> Maßanfertigung flachgestrickt | <input type="checkbox"/> A-T | <input type="checkbox"/> C-G1 |
| | <input type="checkbox"/> Panty | |
| | <input type="checkbox"/> Einbein | |
| <input type="checkbox"/> KKL II | <input type="checkbox"/> KKL III | <input type="checkbox"/> KKL IV |

Sonstiges:

4. Palpationsbefund (Sichtbefund, positives Stemmersches Zeichen)

Ödemlokalisierung:

- Fuß li re Zehen li re Fußrücken li re Ferse li re
- US li re
- OS li re
- Becken li re Genitalbereich
- Rumpf li re
- Schulter li re
- Arm li re Hand li re Handrücken li re Finger li re
- Kopf li re

4.1 Hautbild

Hautempfinden (Druck) normal sensibel reduziert



Transplantationen ja nein
Hautverfärbungen ja nein
Hauttemperatur normal warm heiß

4.2 Ödemkonsistenz

Weiche Konsistenz
Verhärtet
Fibrotisch

Datum: _____ Medizinprodukteberaterin: _____

Anhang: Maßblatt und Extremitätenabbildung zur Darstellung von Ulcerationen oder Transplantationen

