

# Formular Abgabeprotokoll

## 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"/> Halbschenkelstrumpf _____		<input type="checkbox"/> Kompresse _____	
<input type="checkbox"/> Schenkelstrumpf _____		f. Handrücken	
<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			
<input type="checkbox"/> Kompresse _____			
f. Mons Pubis			
	<b>Accessoires</b>		<b>Sonstiges</b>
	<input type="checkbox"/> Anziehhilfe		_____
	<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 Ödembestrümpfungen 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 Bestrümpfung unterwiesen.

Um Laufmaschen und Beschädigungen des Gestricks zu vermeiden, wurde ich auf die entsprechende Nagelpflege hingewiesen. Die Bestrümpfung 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 §33 SGB V sind Hilfsmittel zur Kompressionstherapie mit 10% Eigenanteil zuzahlungspflichtig, min. 5€, max. 10€.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_