

Formular Anprobeprotokolle

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>			ρ Kniekehlenkomresse
<u>Sprunggelenk</u>			
<u>Anat. Abschlüsse</u>			
<u>Leibteil bei Hosen</u>			
<u>Zehenkappe</u>			
Nahtqualität, Materialverarbeitung			
Haltevorrichtung			
Sonstiges			

Weitere Vorgehensweise:

ρ Kompressionsbestrumpfung wird an Patienten übergeben

ρ Meldet sich bei Problemen innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe

ρ **Wiedervorstellung am:** _____ ρ **tel. Rücksprache am:** _____

ρ Rücksendung an Hersteller Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift Berater

Unterschrift Patient

Formular Anprobeprotokolle

Checkliste (Wiedervorstellg./tel.R.):

ρ Rutschen

ρ Einschnürungen

ρ Stauungszeichen ρ Reödematisierung

ρ Faltenbildung

ρ alles in Ordnung

ρ Maßkontrolle

Datum: _____

Unterschrift Berater

Formular Anprobeprotokolle

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			ρ Pelotte hand- gelenksübergreifend
Material- / Nahtverarbeitung			
Haltevorrichtung			
Sonderversorgung (Reißverschluss, Klettband, u.a.)			
Sonstiges			

Weitere Vorgehensweise:

ρ Kompressionsbestimmung wird an Patienten übergeben

ρ Meldet sich bei Problemen innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe

ρ **Wiedervorstellung am:** _____ ρ **tel. Rücksprache am:** _____

ρ Rücksendung an Hersteller Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift Berater

Unterschrift Patient

Formular Anprobeprotokolle

Checkliste (Wiedervorstellg./tel.R.):

ρ Rutschen

ρ Einschnürungen

ρ Stauungszeichen ρ Reödematisierung

ρ Faltenbildung

ρ alles in Ordnung

ρ Maßkontrolle

Datum: _____

Unterschrift Berater

Formular Anprobeprotokolle

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:

ρ Kompressionsbestrumpfung wird an Patienten übergeben

ρ Meldet sich bei Problemen innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe

ρ **Wiedervorstellung am:** _____ ρ **tel. Rücksprache am:** _____

ρ Rücksendung an Hersteller Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift Berater

Unterschrift Patient

Formular Anprobeprotokolle

Checkliste (Wiedervorstellg./tel.R.):

ρ Rutschen

ρ Einschnürungen

ρ Stauungszeichen ρ Reödematisierung

ρ Faltenbildung

ρ alles in Ordnung

ρ Maßkontrolle

Datum: _____

Unterschrift Berater