Kopie der ärztlichen Verordnung zur Lymphtherapie

Beiblatt zur ärztlichen Verordnung vom_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ für

--- --- --- ---
Name Vorname Geburtsdatum Krankenkasse

über flachgestrickte Kompressionssegmente im Rahmen der Therapie bei Lymphgefäßerkrankungen

□ 1-teilig □ 2-teilig (Kombinationsversorgung) □ rechts,□□ links

□AD Strumpf: _ _ _ _ Paar/Stück , KKL □2, □3, □4 mit □ Noppenhaftband
(* zutreffendes unterstreichen)

□AG Strumpf: _ _ _ Paar/Stück , KKL □2, □3, □4 mit □ Noppenhaftband,
□ Hüftbefestigung, □ Noppenhaftpad

□AT Strumpfhose: _ _ _ _ Stück , KKL □2, □3, □4 mit □ Noppenhaftpad

□ATE Einbeinstrumpfhose: _ _ _ _ Stück KKL □2, □3, □4 mit □ Noppenhaftpad

□90° Ferse □ Knie-Einkehr □Oberbeinerhöhung □Unterfussverlängerung

□Schräger Fußabschluss ; □ Geschlossene Spitze; □ Schräger proximaler Abschluss

□CT Caprihose: _ _ _ _ Stück , KKL □2, □3, □4 mit □ Noppenhaftpad

□ET Bermuda: _ _ _ _ Stück, KKL □2, □3, □4 mit □ Noppenhaftpad

□Zehenkappe: _ _ _ _ Paar / Stück KKL □ 1, □ 2 □ mit Strumpf vernäht

□Druckpelotte: __ _ _ Paar / Stück , □ medial, □ lateral
□vorgefertigt, □ patientenspezifische Individualanfertigung □ Besonderheit: ----------

□Anziehhilfe: ----------

□Besonderheiten ----------

Anmessen der Kompressionsstrumpf-Versorgung voraussichtlich am _____-ten Tag der KPE in Abhängigkeit vom dokumentierten Entstauungserfolg

Arztstempel u. -unterschrift