

Diagnostik			
17	Besteht eine akute Thrombose?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Fußpulse tastbar <input type="checkbox"/> Fußpulse nicht tastbar
18	Phlebologischer Befund <input type="checkbox"/> Verfärbung/Hyperpigmentierung <input type="checkbox"/> Corona phlebectatica paraplantaris	Phlebologischer Befund <input type="checkbox"/> Venenzeichnung <input type="checkbox"/> Atrophie blanche	Phlebologischer Befund Ulcus <input type="checkbox"/> floride <input type="checkbox"/> abgeheilt
19	Sonographie Lymphödem	Lymphspalten: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt
20	Sonographie Abdomen	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> nicht notwendig
21	Sonographie Duplex	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> nicht notwendig
22	Sonographie Doppler	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> nicht notwendig
23	Gefäßstatus	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> nicht notwendig
Differenzialdiagnostik (optional)			
24	Lymphszintigraphie	Befund beiliegend	<input type="checkbox"/> nicht notwendig
25	LRR	Befund beiliegend	<input type="checkbox"/> nicht notwendig
26	MRT	Befund beiliegend	<input type="checkbox"/> nicht notwendig
27	Andere	Befund beiliegend	<input type="checkbox"/> nicht notwendig
28	Abschließender Gesamteindruck <hr/>		
Fotodokumentation (stehend, unbekleidet, Arme im Seitenvergleich)			
29	vorne	bitte anfügen	
30	hinten	bitte anfügen	
31	seitlich (in Schrittstellung)	bitte anfügen	
Diagnose			
32	Lymphödem primär <input type="checkbox"/> sporadisch (I89.0) <input type="checkbox"/> hereditär (Q82.0)	<input type="checkbox"/> Stadium 1 <input type="checkbox"/> Stadium 2 <input type="checkbox"/> Stadium 3	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____
33	<input type="checkbox"/> Lymphödem sekundär (I89.0) <input type="checkbox"/> Lymphödem nach Mastektomie (I97.2) <input type="checkbox"/> Lymphödem nach onkologischer Vorerkrankung (C00-C97) <input type="checkbox"/> Lymphödem nach anderer Operation	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung ICD-10 _____ <input type="checkbox"/> nach anderer Erkrankung _____ <input type="checkbox"/> Stadium 1 <input type="checkbox"/> Stadium 2 <input type="checkbox"/> Stadium 3	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____
34	Lipödem (R60.9)	<input type="checkbox"/> Oberschenkeltyp <input type="checkbox"/> Oberarmtyp <input type="checkbox"/> Stadium 1 <input type="checkbox"/> Ganzbeintyp <input type="checkbox"/> Ganzarmtyp <input type="checkbox"/> Stadium 2 <input type="checkbox"/> Unterschenkeltyp <input type="checkbox"/> Unterarmtyp <input type="checkbox"/> Stadium 3 <i>(mod. nach Herperz 2014)</i>	
35	Kombinationsform Lipödem	<input type="checkbox"/> mit Lymphödem (I89.0) <input type="checkbox"/> mit orthostatischem Ödem (R60.0)	
36	Lipohypertrophie	<input type="checkbox"/> obere Extremität <input type="checkbox"/> untere Extremität	
37	Adipositas (E66.0/E66.02)	<input type="checkbox"/> Adipositas Grad I <input type="checkbox"/> Adipositas Grad II <input type="checkbox"/> Adipositas Grad III	

Untere Extremität			
<input type="checkbox"/> MKS AD <input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 1 Paar	Ausführung Bein links <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 <input type="checkbox"/> KKL 4 <input type="checkbox"/> mit Zehenkappe	Ausführung Bein rechts <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 <input type="checkbox"/> KKL 4 <input type="checkbox"/> mit Zehenkappe	Zusätze <input type="checkbox"/> im Beiblatt vermerkt
<input type="checkbox"/> MKS AG <input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 1 Paar	Ausführung Bein links <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 <input type="checkbox"/> KKL 4 <input type="checkbox"/> mit Zehenkappe	Ausführung Bein rechts <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 <input type="checkbox"/> KKL 4 <input type="checkbox"/> mit Zehenkappe	Zusätze <input type="checkbox"/> im Beiblatt vermerkt
<input type="checkbox"/> MKS AT oder Einbeinhose	Ausführung Bein links <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 <input type="checkbox"/> KKL 4 <input type="checkbox"/> mit Zehenkappe	Ausführung Bein rechts <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 <input type="checkbox"/> KKL 4 <input type="checkbox"/> mit Zehenkappe	Zusätze <input type="checkbox"/> im Beiblatt vermerkt
<input type="checkbox"/> MKS Radler <input type="checkbox"/> MKS Caprihose <input type="checkbox"/> MKS Legging	Ausführung Bein links <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 <input type="checkbox"/> KKL 4	Ausführung Bein rechts <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 <input type="checkbox"/> KKL 4	Zusätze <input type="checkbox"/> im Beiblatt vermerkt
49	Passformkontrolle des Hilfsmittels	Kontrolle erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beanstandungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rehabilitation			
50	Kostenträger der Reha	<input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Rentenversicherung	
Aufklärung			
51	<input type="checkbox"/> Aufklärung über Bedeutung der Hautpflege erteilt <input type="checkbox"/> Aufklärung über Übungsbehandlungen erteilt <input type="checkbox"/> Ausklärung über Bedeutung der Gewichtsreduktion erteilt		