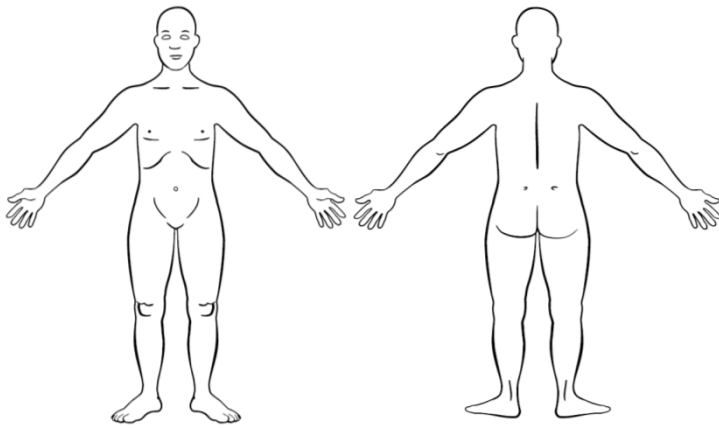
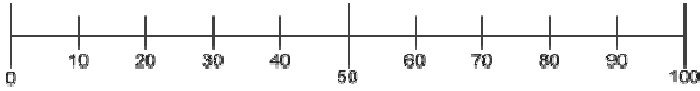


Patientendaten (Eintrag oder Etikett)		Praxisdaten (Stempel)	
Name, Vorname _____			
Geburtsdatum _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr			
Kenngößen und Vitalwerte			
1	Körpergröße cm	6	BMI (Gewicht/Länge) kg/m ²
2	Gewicht kg	<input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Adipositas Grad I <input type="checkbox"/> Normalgewicht <input type="checkbox"/> Adipositas Grad II <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Adipositas Grad III	
3	Bauchumfang (größter Umfang) cm		
4	WHtR (Bauch/Größe-Quotient) 		
5	WHR (Bauch/Taille/Hüft-Quotient) 	7	Blutdruck / mmHg
Normwertehinweis: Frauen starkes Risiko ab: 80-88cm Männer 94-102cm		8	Herzfrequenz
Inspektion			
9	Hautfarbe in der Ödemregion <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weiß <input type="checkbox"/> blau <input type="checkbox"/> sonnengebräunt <input type="checkbox"/> lividrot <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> hellrot <input type="checkbox"/> bräunlich		
10	Hautbeschaffenheit <input type="checkbox"/> Lymphfistel <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Bläschen <input type="checkbox"/> Mazerationen <input type="checkbox"/> Papillomatosen <input type="checkbox"/> Nageldystrophien <input type="checkbox"/> gespannte Haut <input type="checkbox"/> Erythem <input type="checkbox"/> vertiefte Hautfalten <input type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/> schuppig <input type="checkbox"/> Ulcus	11	Fibrosierung / Sklerosierungen Obere Extremität <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Untere Extremität <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
12	Ödemrelevante Narbenverläufe (Einzeichnung der Narbenverläufe im Bodychart nebenan)	Bodychart vorne Bodychart hinten 	
13	Lokalisation des Ödems (Einzeichnung des Ödems im Bodychart nebenan) <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links		
14	Wesentliche Bewegungseinschränkungen aufgrund des Ödems [Freitext] _____		
Palpation			
15	Haut/Gewebe <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> verschieblich <input type="checkbox"/> Fibrosklerose <i>Hauttemperatur</i> <input type="checkbox"/> teigig <input type="checkbox"/> dellbar <input type="checkbox"/> Strahlenschäden <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hart induriert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Andere Narben <input type="checkbox"/> kühl <input type="checkbox"/> derb fibrotisch <input type="checkbox"/> leicht <i>Stemmerzeichen</i> <input type="checkbox"/> prall elastisch <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> erschwert abhebbar		
Umfangmaße			
16	Umfangmessung Arme (mit Seitenvergleich) und Beine (im Seitenvergleich) bitte im gesonderten Bleiblatt dokumentieren!		

Fotodokumentation (stehend, unbekleidet, Arme im Seitenvergleich)					
17	vorne bitte anfügen				
18	hinten bitte anfügen				
19	seitlich (in Schrittstellung) bitte anfügen				
Lebensqualität					
20	Einschätzung des Patienten zu seinem Allgemeinen Gesundheitszustand Bitte markieren Sie Ihre Bewertung an der Skala von 0-100 (0=denkbar schlechtester Zustand; 100=denkbar bester Zustand) 				
21	Einschätzung des Patienten zu seiner Lebensqualität				
	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Beweglichkeit und Mobilität <input type="checkbox"/> keine Probleme herumzugehen <input type="checkbox"/> einige Probleme herumzugehen <input type="checkbox"/> ans Bett gebunden Allgemeine Tätigkeiten <input type="checkbox"/> keine Probleme alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> einige Probleme alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> nicht in der Lage alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen Angst und Niedergeschlagenheit <input type="checkbox"/> bin nicht ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> bin mäßig ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> bin extrem ängstlich oder deprimiert </td> <td style="vertical-align: top;"> Für sich selbst sorgen <input type="checkbox"/> keine Probleme für mich zu sorgen <input type="checkbox"/> einige Probleme für mich zu sorgen <input type="checkbox"/> nicht in der Lage für mich zu sorgen Schmerzen und körperliche Beschwerden <input type="checkbox"/> keine Schmerzen <input type="checkbox"/> mäßige Schmerzen <input type="checkbox"/> extreme Schmerzen </td> </tr> </table>	Beweglichkeit und Mobilität <input type="checkbox"/> keine Probleme herumzugehen <input type="checkbox"/> einige Probleme herumzugehen <input type="checkbox"/> ans Bett gebunden Allgemeine Tätigkeiten <input type="checkbox"/> keine Probleme alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> einige Probleme alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> nicht in der Lage alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen Angst und Niedergeschlagenheit <input type="checkbox"/> bin nicht ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> bin mäßig ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> bin extrem ängstlich oder deprimiert	Für sich selbst sorgen <input type="checkbox"/> keine Probleme für mich zu sorgen <input type="checkbox"/> einige Probleme für mich zu sorgen <input type="checkbox"/> nicht in der Lage für mich zu sorgen Schmerzen und körperliche Beschwerden <input type="checkbox"/> keine Schmerzen <input type="checkbox"/> mäßige Schmerzen <input type="checkbox"/> extreme Schmerzen		
Beweglichkeit und Mobilität <input type="checkbox"/> keine Probleme herumzugehen <input type="checkbox"/> einige Probleme herumzugehen <input type="checkbox"/> ans Bett gebunden Allgemeine Tätigkeiten <input type="checkbox"/> keine Probleme alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> einige Probleme alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> nicht in der Lage alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen Angst und Niedergeschlagenheit <input type="checkbox"/> bin nicht ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> bin mäßig ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> bin extrem ängstlich oder deprimiert	Für sich selbst sorgen <input type="checkbox"/> keine Probleme für mich zu sorgen <input type="checkbox"/> einige Probleme für mich zu sorgen <input type="checkbox"/> nicht in der Lage für mich zu sorgen Schmerzen und körperliche Beschwerden <input type="checkbox"/> keine Schmerzen <input type="checkbox"/> mäßige Schmerzen <input type="checkbox"/> extreme Schmerzen				
Verordnung					
KPE					
22	KPE 1 - Entstauende Phase <input type="checkbox"/> MLD 30 Min (5x/Woche) [] Anwendungen <input type="checkbox"/> MLD 45 Min (5x/Woche) [] Anwendungen <input type="checkbox"/> MLD 60 Min (5x/Woche) [] Anwendungen <input type="checkbox"/> LKV mit Lymphset <input type="checkbox"/> LKV mit Einzelverordnung für Bandagematerial <input type="checkbox"/> Übungsbehandlungen				
23	KPE 2 - Erhaltende Phase Kompressionstherapie: <input type="checkbox"/> Kompressionsstrumpf <input type="checkbox"/> LKV / MKS <input type="checkbox"/> zusätzlich AIK <input type="checkbox"/> MLD 30 Min (1-3x/Woche) [] Anwendungen <input type="checkbox"/> MLD 45 Min (1-3x/Woche) [] Anwendungen <input type="checkbox"/> MLD 60 Min (1-3x/Woche) [] Anwendungen				
Kompressionsbestimmung					
Versorgungsdetails bitte im gesonderten Versorgungsbeiblatt dokumentieren!					
24	Art der Verordnung <input type="checkbox"/> MKS-Erstverordnung (nach KPE 1) <input type="checkbox"/> MKS-Wechselverordnung nach Passformkontrolle <input type="checkbox"/> An- und Ausziehhilfe				
25	Versorgungsvariante bei lymphostatisch bedingten Ödemen (Flachstrick nach Maß) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Obere Extremität <input type="checkbox"/> MKS Armstrumpf <input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 1 Paar <input type="checkbox"/> MKS Handschuh <input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 1 Paar Andere <input type="checkbox"/> Gesichtsmasken <input type="checkbox"/> Kopf-Hals-Bandagen <input type="checkbox"/> Thoraxbandagen <input type="checkbox"/> Brustbandagen </td> <td style="vertical-align: top;"> Ausführung Arm links <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 Ausführung Hand links <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 Freitext: Freitext: Freitext: Freitext: </td> <td style="vertical-align: top;"> Ausführung Arm rechts <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 Ausführung Hand rechts <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 </td> <td style="vertical-align: top;"> Zusätze <input type="checkbox"/> im Beiblatt vermerkt Zusätze <input type="checkbox"/> im Beiblatt vermerkt </td> </tr> </table>	Obere Extremität <input type="checkbox"/> MKS Armstrumpf <input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 1 Paar <input type="checkbox"/> MKS Handschuh <input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 1 Paar Andere <input type="checkbox"/> Gesichtsmasken <input type="checkbox"/> Kopf-Hals-Bandagen <input type="checkbox"/> Thoraxbandagen <input type="checkbox"/> Brustbandagen	Ausführung Arm links <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 Ausführung Hand links <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 Freitext: Freitext: Freitext: Freitext:	Ausführung Arm rechts <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 Ausführung Hand rechts <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3	Zusätze <input type="checkbox"/> im Beiblatt vermerkt Zusätze <input type="checkbox"/> im Beiblatt vermerkt
Obere Extremität <input type="checkbox"/> MKS Armstrumpf <input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 1 Paar <input type="checkbox"/> MKS Handschuh <input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 1 Paar Andere <input type="checkbox"/> Gesichtsmasken <input type="checkbox"/> Kopf-Hals-Bandagen <input type="checkbox"/> Thoraxbandagen <input type="checkbox"/> Brustbandagen	Ausführung Arm links <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 Ausführung Hand links <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 Freitext: Freitext: Freitext: Freitext:	Ausführung Arm rechts <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3 Ausführung Hand rechts <input type="checkbox"/> KKL 1 <input type="checkbox"/> KKL 2 <input type="checkbox"/> KKL 3	Zusätze <input type="checkbox"/> im Beiblatt vermerkt Zusätze <input type="checkbox"/> im Beiblatt vermerkt		

Untere Extremität		
() 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
() 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
() 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
() MKS Radler () MKS Caprihose () 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		
Zusätze <input type="checkbox"/> im Beiblatt vermerkt		
Zusätze <input type="checkbox"/> im Beiblatt vermerkt		
Zusätze <input type="checkbox"/> im Beiblatt vermerkt		
26	Passformkontrolle des Hilfsmittels	Kontrolle erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beanstandungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rehabilitation		
27	Kostenträger der Reha	<input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Rentenversicherung