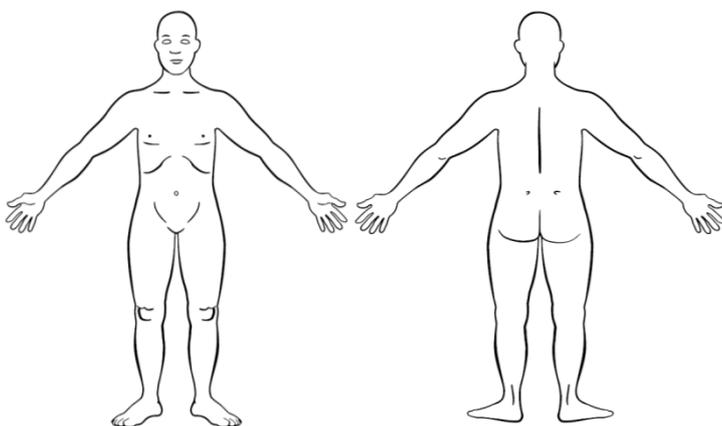


Patientendaten (Eintrag oder Etikett)		Praxisdaten (Stempel)	
Name, Vorname <hr/>			
Geburtsdatum ____ . ____ . ____ Tag Monat Jahr			
Kenngößen und Vitalwerte			
1	Körpergröße	cm	6 BMI (Gewicht/Länge) kg/m ²
2	Gewicht	kg	<input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Adipositas Grad 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 Männer	starkes Risiko ab: 80-88cm 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 <input type="checkbox"/> teigig <input type="checkbox"/> dellbar <input type="checkbox"/> Strahlenschäden <input type="checkbox"/> hart induriert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Andere Narben <input type="checkbox"/> derb fibrotisch <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> prall elastisch <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> erschwert abhebbar <div style="float: right; margin-top: 10px;"> Hauttemperatur <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> kühl <input type="checkbox"/> erhöht Stemmerzeichen <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ </div>		
Umfangmaße			
16	Umfangmessung Arme (mit Seitenvergleich) und Beine (im Seitenvergleich) bitte im gesonderten Bleibblatt dokumentieren!		

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"/> Ganzbeintyp <input type="checkbox"/> Ganzarmtyp <input type="checkbox"/> Unterschenkeltyp <input type="checkbox"/> Unterarmtyp <i>(mod. nach Herperz 2014)</i>	<input type="checkbox"/> Stadium 1 <input type="checkbox"/> Stadium 2 <input type="checkbox"/> Stadium 3
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		