



Praxisdaten der beteiligten Leistungserbringer

Praxisstempel

# Arzt Befunddokumentationsbogen Teil 1b Dokumentation der Indikationsstellung und Verordnung

## 1. Körperliche Untersuchung

Inspektion:

\_\_\_\_\_

Weitere Sichtbefunde:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Palpation: (Oberbauch/Unterbauch)

- Kopf/Hals       Thorax       Abdomen       Mammae       Hoden
- Prostata       Lymphknoten       Gelenke
- Stemmersches Zeichen, positiv:
- ja       nein

Befund:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Farbduplex

Diagnostik und Differentialdiagnose:

Lokalisation:

- Leitveneninsuffizienz (LVI) \_\_\_\_\_
- Stammvarikose der Vena Saphena Magna (VSM) \_\_\_\_\_
- Stammvarikose der Vena Saphena Parva (VSP) \_\_\_\_\_
- Perforansveneninsuffizienz (PVI) \_\_\_\_\_
- Seitenastvarikose (SAV) \_\_\_\_\_
- Tiefe Venenthrombose (TVT) \_\_\_\_\_
- Phlebitiden \_\_\_\_\_
- Postthrombotisches Syndrom (PTS) \_\_\_\_\_
- pAVK \_\_\_\_\_

Befund positiv:

- ja     nein
- ja     nein
- ja     nein
- ja     nein
- ja     nein
- ja     nein
- ja     nein
- ja     nein
- ja     nein

Beurteilung der Kompressibilität der Venen:

- wenig komprimierbar       stark komprimierbar

### 3. Diagnose

Lymphologisch:

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Lymphödem (primär)       | <input type="checkbox"/> CIL-Grad 1 | <input type="checkbox"/> Ödemstadium I   |
| <input type="checkbox"/> Lymphödem (sekundär)     | <input type="checkbox"/> CIL-Grad 2 | <input type="checkbox"/> Ödemstadium II  |
| <input type="checkbox"/> Phleb-Lymphödem          | <input type="checkbox"/> CIL-Grad 3 | <input type="checkbox"/> Ödemstadium III |
| <input type="checkbox"/> Lip-Lymphödem            | <input type="checkbox"/> CIL-Grad 4 |  |
| <input type="checkbox"/> pAVK                     |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Phlebödem                |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Kardiogenes Stauungsödem |                                     |  |

Lokalisation/Extremität:

- |                                     |                                      |   |   |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopf/Hals  | <input type="checkbox"/> Thorax      | <input type="checkbox"/> Abdomen        | <input type="checkbox"/> Genitalbereich |
| <input type="checkbox"/> Arm links  | <input type="checkbox"/> Arm rechts  | <input type="checkbox"/> Arm beidseits  |   |
| <input type="checkbox"/> Bein links | <input type="checkbox"/> Bein rechts | <input type="checkbox"/> Bein beidseits |   |

### 4. Verordnung

- |  |  |                                      |                                |                                |                                |                                |  |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Neuverordnung       | <input type="checkbox"/> Wechselverordnung |                                      |                                |                                |                                |                                |  |
| <input type="checkbox"/> KPE:                | <input type="checkbox"/> Anwendungen       |                                      |                                |                                |                                |                                |  |
| <input type="checkbox"/> MLD:                | <input type="checkbox"/> Anwendungen       |                                      |                                |                                |                                |                                |  |
| <input type="checkbox"/> Bandagematerial     |  |                                      |                                |                                |                                |                                |  |
| <input type="checkbox"/> MKS:                | <input type="checkbox"/> Rundstrick        | <input type="checkbox"/> Flachstrick | <input type="checkbox"/> CCL 1 | <input type="checkbox"/> CCL 2 | <input type="checkbox"/> CCL 3 | <input type="checkbox"/> CCL 4 |  |
| <input type="checkbox"/> Apparative Therapie |  |                                      |                                |                                |                                |                                |  |

### 5. Aufklärung

Aufklärungsgespräch durchgeführt:

- ja  nein

Einweisung Ernährung durchgeführt:

- ja  nein

Einweisung Bewegung durchgeführt:

- ja  nein