

Praxisdaten der beteiligten Leistungserbringer

Praxisstempel

# Therapeut

## Befunddokumentationsbogen Teil 2

### Dokumentation der physikalischen Therapie

Datum:    .        
Tag Monat Jahr

Apparative Therapie  
 Erstverordnung  
 Folgeverordnung  
 KPE: \_\_\_\_\_ Anwendungen  
 MLD: \_\_\_\_\_ Anwendungen  
 Bandagematerial  
 MKS:  Rundstrick  Flachstrick  CCL 1  
 CCL 2  
 CCL 3  
 CCL 4

Folgeverordnung Nr.: \_\_\_\_\_

Nachname, Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:          
Tag Monat Jahr

#### 1. Umfangsvermessung

Datum der Umfangsvermessung/Therapiebeginn:       ①

Datum der Umfangsvermessung/Therapieende:       ②  
Tag Monat Jahr

Maßblatt ausgefüllt (siehe Beiblatt)  
 ausgefülltes Maßblatt mitgeschickt

Messung bei Aufnahme, nach 2 Wochen und 4 Wochen wiederholen

#### 2. Hautbeschaffenheit

Arme:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> fettig	<input type="checkbox"/> spröde/gerissen
Hände:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> fettig	<input type="checkbox"/> spröde/gerissen
Beine:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> fettig	<input type="checkbox"/> spröde/gerissen
Füße:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> fettig	<input type="checkbox"/> spröde/gerissen
Hautveränderungen feststellbar:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Befund: \_\_\_\_\_

#### 3. Physikalischer Untersuchungsbefund:

Ödemkonsistenz:	<input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> hart	Ödemkonsistenz:	<input type="checkbox"/> distal	<input type="checkbox"/> zentral
Dellenbildung möglich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Fibrosierung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beweglichkeit:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	ROM:	<input type="text"/> ° (Grad nach NN Methode)	
Stemmersches Zeichen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

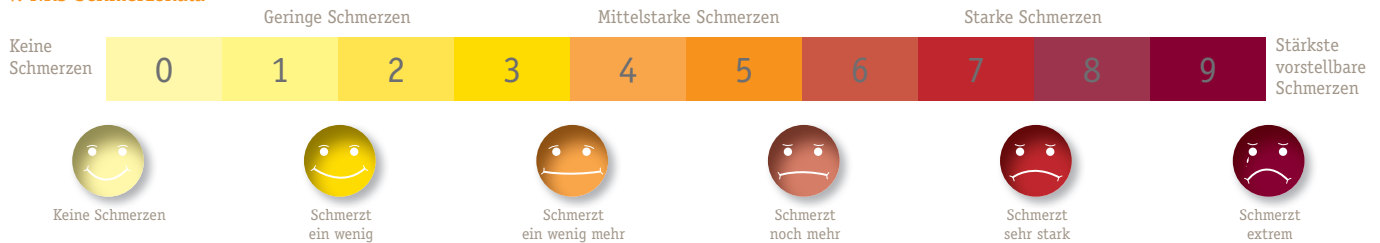
Weitere Befundangaben: \_\_\_\_\_

#### Prognostische Einschätzung:

Ödemzustand kann verbessert werden  Ödemzustand kann gehalten werden  Sekundarschäden können vermieden werden  
 Umstellung/Weiterbehandlung notwendig

Begründung: \_\_\_\_\_

4. NRS Schmerzskala



5. Aufklärung: (durchgeführt ankreuzen)

- Bandagematerial       Bandagierung       Selbstbandagierung       Hautpflege       Info-Blatt ausgehändigt
- Aufklärung zu entstauenden Übungen       Aufklärung über Sport

6. Bandagematerial:

Material ausgegeben am:  Tag .  Monat .  Jahr      Material zurück erhalten am:  Tag .  Monat .  Jahr

<input type="checkbox"/> Schlauchverband	<input type="checkbox"/> Polsterwatte	<input type="checkbox"/> Watte	<input type="checkbox"/> Mullbinde	<input type="checkbox"/> Klebeband
<input type="checkbox"/> Kurzzug 6cm: <input type="text"/> Stück	<input type="checkbox"/> Kurzzug 8cm: <input type="text"/> Stück	<input type="checkbox"/> Kurzzug 10cm: <input type="text"/> Stück	<input type="checkbox"/> Kurzzug 12cm: <input type="text"/> Stück	<input type="checkbox"/> Kurzzug 8cm: <input type="text"/> Stück
<input type="checkbox"/> Langzug 12cm: <input type="text"/> Stück	<input type="checkbox"/> Langzug 20cm: <input type="text"/> Stück	<input type="checkbox"/> Langzug 10cm: <input type="text"/> Stück	<input type="checkbox"/> Langzug 12cm: <input type="text"/> Stück	<input type="checkbox"/> Nierchen: <input type="text"/> Stück
<input type="checkbox"/> Leibbinde 30 cm				
<input type="checkbox"/> Andere Polstermaterialien _____				
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____				

7. Unterschrift des Patienten:

- Ich bestätige, dass ich darüber informiert wurde, dass das von \_\_\_\_\_ zur Verfügung gestellte Bandagematerial in vollem Umfang in Form von neuwertigem, original verpacktem Bandagematerial zurückgegeben werden muss. Ansonsten behalten wir uns vor, das Bandagematerial privat in Rechnung zu stellen.
- Ich bevollmächtige \_\_\_\_\_ einmalig in meinem Auftrag Rezepte/Verordnungen bei meinem Arzt anzufordern, die für meine weitere Therapie erforderlich sind.
- Der Weitergabe an einen Leistungserbringer (Sanitätshaus/Apotheke) stimme ich ebenfalls zu.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

8. Behandlungsverlauf: (zur Rückmeldung an den behandelnden Arzt)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9. Hautbeschaffenheit / Pflege

- Hautbeschaffenheit überprüft       Abfrage von 2 zur Hautbeschaffenheit übernehmen
- medikamentöse Therapie erforderlich/Rezept ausgestellt       nichtmedikamentöse Behandlung empfohlen

10. Einschätzung der Patienten-Compliance:

- sehr gut       gut       befriedigend       schlecht

11. Empfehlung an:

- Patient: \_\_\_\_\_
- Arzt: \_\_\_\_\_
- Rezept/VO für: \_\_\_\_\_
- Apparative Therapie: \_\_\_\_\_

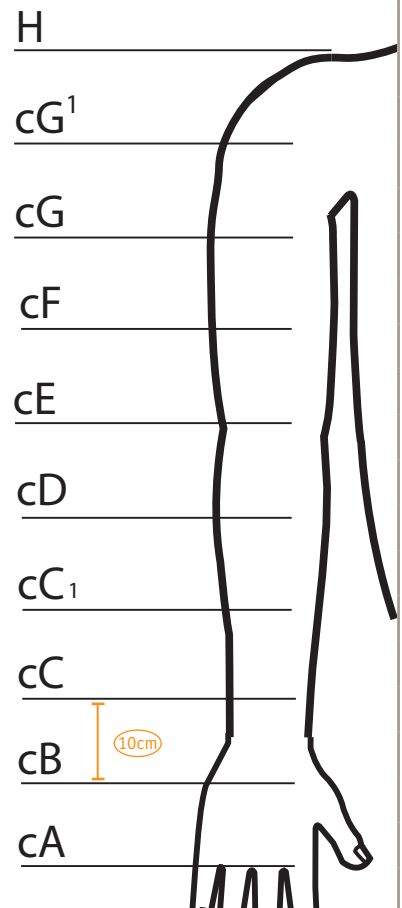
# Therapeut

## Befunddokumentationsbogen Teil 2

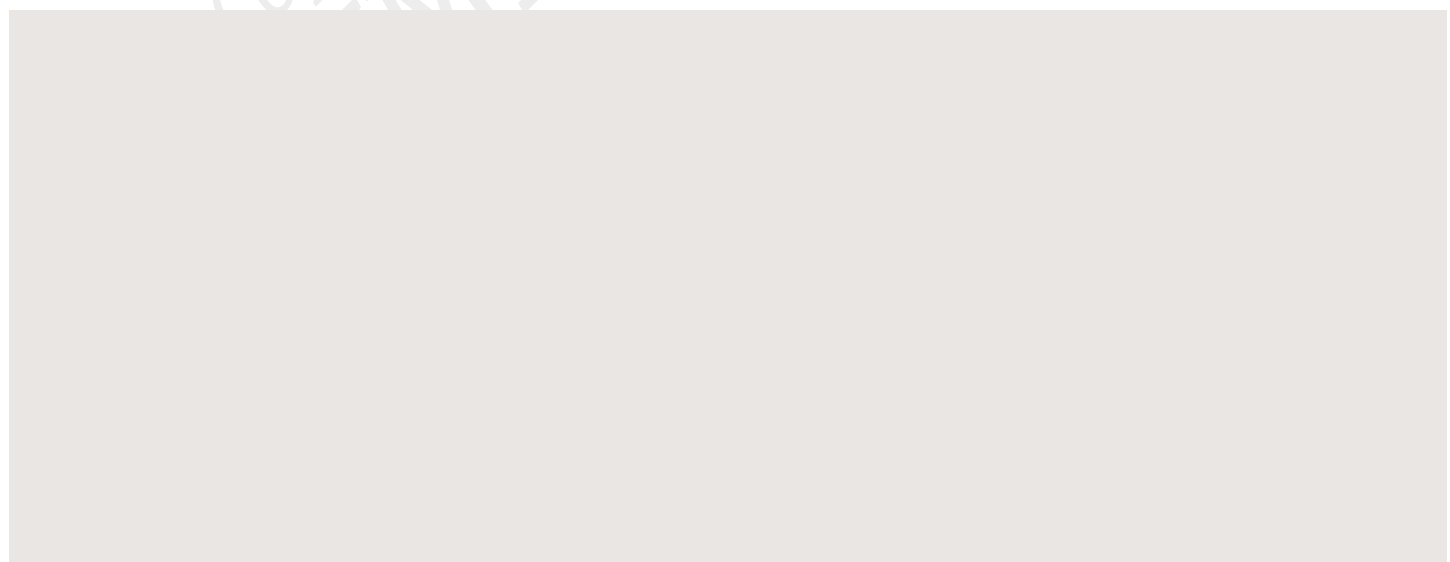
### Dokumentation der physikalischen Therapie

zu 1. Umfangsvermessung (Arm)

		ARM									
Maßpunkte		1	+ -	2	+ -	3	+ -	4	+ -	5	+ -
H	links										
	rechts										
G1	links										
	rechts										
cG	links										
	rechts										
cF	links										
	rechts										
cE	links										
	rechts										
cD	links										
	rechts										
cC <sup>1</sup>	links										
	rechts										
cC	links										
	rechts										
cB	links										
	rechts										
cA	links										
	rechts										



1 = Nagelwurzel der Großzehe bzw. des Mittelfingers, dann in 10cm-Abständen nach proximal messen



# Therapeut

## Befunddokumentationsbogen Teil 2

### Dokumentation der physikalischen Therapie

zu 1. Umfangsvermessung (Bein)

BEIN											
Maßunkte		1	+ -	2	+ -	3	+ -	4	+ -	5	+ -
cT	links										
	rechts										
cH	links										
	rechts										
cK	links										
	rechts										
cG	links										
	rechts										
cF	links										
	rechts										
cE	links										
	rechts										
cD	links										
	rechts										
cC	links										
	rechts										
cB <sub>1</sub>	links										
	rechts										
cB	links										
	rechts										
cA	links										
	rechts										

cT \_\_\_\_\_

cH \_\_\_\_\_

cK \_\_\_\_\_

cG \_\_\_\_\_

cF \_\_\_\_\_

cE \_\_\_\_\_

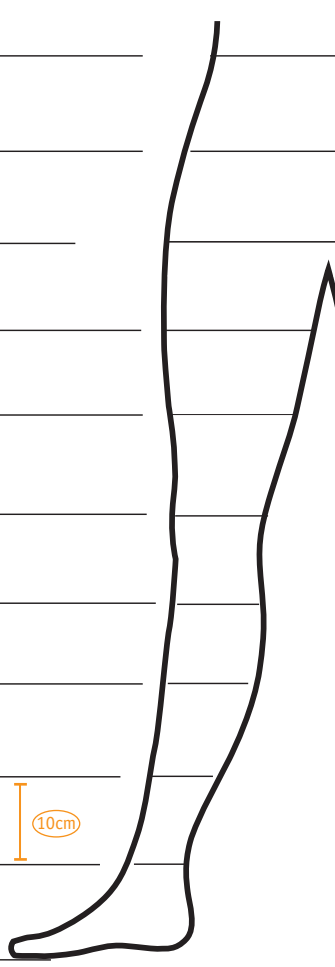
cD \_\_\_\_\_

cC \_\_\_\_\_

cB<sub>1</sub> \_\_\_\_\_

cB \_\_\_\_\_

cA \_\_\_\_\_



1 = Nagelwurzel der Großzehe bzw. des Mittelfingers, dann in 10cm-Abständen nach proximal messen

