



Praxisdaten der beteiligten Leistungserbringer

Praxisstempel

# Befunddokumentationsbogen Teil 3

## Dokumentation über Vermessung und Abgabe MKS

Datum: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ]  
Tag Monat Jahr

Neuverordnung  Folgeverordnung Nr.: \_\_\_\_\_  
 Bandagematerial  Rundstrick  Flachstrick  CCL 1  
 MKS:  CCL 2  
 CCL 3  
 CCL 4

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

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

Geburtsdatum: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ]  
Tag Monat Jahr

### 1. Strumpfanpassung

Maßblatt ausgefüllt  
 ausgefülltes Maßblatt angehängt/mitgeschickt

### 2. Hautbeschaffenheit / Pflege

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

### 3. Kostenübernahme GKV

Datum des Antrags: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ]  
Datum der Genehmigung: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ]  
Datum der Ablehnung: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ]  
Tag Monat Jahr

Kommentar: \_\_\_\_\_

Änderung MKS Verordnung erforderlich  
Rücksprache mit Arzt gehalten:  ja  nein  ja  nein  
Rücksprache mit Therapeut gehalten:  ja  nein  ja  nein

Kommentar: \_\_\_\_\_

### 4. Strumpfbestellung

Datum: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ]  
Tag Monat Jahr

MKS gemäß VO  anderen MKS:  Maßenfertigung  Serie  
 anderen CCL:  Rundstrick  Flachstrick  andere Strumpflänge: \_\_\_\_\_  
 höhere KKL  niedrigere KKL  
welche: \_\_\_\_\_

Hersteller: \_\_\_\_\_

### 5. Abgabe MKS

Datum:

<input type="text"/>					
Tag		Monat		Jahr	

#### Durchgeführt

	ja	nein
Einüben des An- und Ausziehens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgabe Anziehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung zur Pflege MKS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anprobe des MSK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passformkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MKS ist korrekt	<input type="checkbox"/> MKS ist zu kurz	
<input type="checkbox"/> MKS ist zu lang	<input type="checkbox"/> MKS ist defekt	
<input type="checkbox"/> MKS ist zu weit	wo: _____	
wo: _____		
Prüfung der Hautbeschaffenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar:

---

---

### 6. Empfehlung an

Patient: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_

Rezept/VO für: \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_

