

# Anprobeprotokoll Untere Extremitäten Ödemtherapie



Kunde:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum / Kd.-Nr.

Versorgung:

\_\_\_\_\_  
Hersteller, Ausführung, CCL

**medi GmbH & Co. KG**  
Medicusstraße 1  
95448 Bayreuth  
Germany  
T +49 921 912-0  
F +49 921 912-57  
medi@medi.de  
www.medi.de

		Bewertung			Bemerkungen
<b>Druckempfinden</b>	bei Kunde / Kundin	++	+	-	_____
<b>Passform</b>	Fußlänge	++	+	-	_____
	Beinlänge	++	+	-	_____
	Leibteil vorne	++	+	-	_____
	Leibteil hinten	++	+	-	_____
	Vorfuß	++	+	-	_____
	Sprunggelenk	++	+	-	_____
	Unterschenkel	++	+	-	_____
	Knie	++	+	-	_____
	Oberschenkel	++	+	-	_____
	Abschluss bei „A“	++	+	-	_____
	Abschluss bei „D“	++	+	-	_____
	Abschluss bei „G“	++	+	-	_____
	Abschluss bei „T“	++	+	-	_____
	Abschluss bei ____	++	+	-	_____
	Zehenkappe Vorfuß	++	+	-	_____
	Zehenkappe Zehen	++	+	-	_____
<b>Qualität</b>	Nähte	++	+	-	_____
	Material	++	+	-	_____

++ Paßform perfekt / + Paßform gut / - Nachbearbeitung erforderlich

**Sonstiges**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fotodokumentation**

- |   |  |       |
|---|--|-------|
|   | _____  | _____ |
|   | am   | durch |
| <input type="checkbox"/> siehe Anlage   | <input type="checkbox"/> siehe PC, Datei _____ |       |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsversorgung wird an Kundin / Kunden übergeben.                |  |       |
| <input type="checkbox"/> Meldet sich bei Passformproblemen innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe. |  |       |
| <input type="checkbox"/> Wiedervorstellungstermin   | _____  | _____ |
|   | am   | bei   |
| <input type="checkbox"/> Telefonische Rücksprache   | _____  | _____ |
|   | am   | mit   |
| <input type="checkbox"/> Rücksendung an Hersteller  | _____  | _____ |
|   | am   | durch |

**Checkliste für telefonische Rücksprache und / oder Wiedervorstellung:**

- |            |   |  |
|------------|---|--|
| Versorgung | <input type="checkbox"/> rutscht  | <input type="checkbox"/> bildet Falten     |
|            | <input type="checkbox"/> schnürt ein  | <input type="checkbox"/> Stauungszeichen   |
| Es erfolgt | <input type="checkbox"/> Maßkontrolle   | <input type="checkbox"/> Fotodokumentation |
|            | <input type="checkbox"/> Passformbeurteilung (analog oben)                                |  |
|            | <input type="checkbox"/> Versorgung ist abgeschlossen.                                    |  |
|            | <input type="checkbox"/> Kompressionsversorgung wird an Kundin / Kunden übergeben.        |  |
|            | <input type="checkbox"/> Kunde / Kundin wünscht Nachricht bezüglich Nachversorgung. _____ |  |
|            |   | Monat – Jahr                               |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Medizinprodukteberater