

Zustandserhebungsbogen



für die lymphologische Kompressionsversorgung
bei Ödempatienten

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

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Sonstiges: _____

Angaben zur Person

weiblich männlich

Beruf: _____

überwiegend stehende Tätigkeit überwiegend sitzende Tätigkeit

Blutdruck: _____ mmHg Körpergewicht: _____

Schuhgröße: _____ Körpergröße: _____

Therapie

Entstauungsphase
in Klinik oder Ambulanz vom: _____ bis: _____

Beendet / entlassen am: _____

Anzahl der täglichen Lymphdrainagen: _____

zur Konservierung ambulante
Lymphdrainagen verordnet (Anzahl): _____

Beginn / Intervall: _____ vom: _____ bis: _____

Verträglichkeit der Bandagierung (Höhe): _____

Diagnose laut Verordnung

Versorgungsrelevante Zusatzerkrankung, Kontraindikationen oder Therapien

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen | welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Allergien | welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Verschlusskrankheit (arteriell / venös) | welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ulcus | wo lokalisiert: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lähmungen | welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Erysipel | wo / wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ |

Rücksprache mit dem Arzt am: _____ durch: _____

Bisherige Versorgung

Monat und Jahr der letzten Versorgung: _____

Hersteller und Ausführung: _____

Entspricht bisherige Versorgung den Richtlinien für Ödemversorgungen: ja nein, weil: _____

Bisherige Compliance des Patienten: sehr gut gut befriedigend schlecht

Angaben zur vorhandenen Versorgung:

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Serie | <input type="checkbox"/> Maß rundgestrickt | <input type="checkbox"/> Maß flachgestrickt |
| <input type="checkbox"/> CCL 1 | <input type="checkbox"/> CCL 2 | <input type="checkbox"/> CCL 3 <input type="checkbox"/> CCL 4 |
| <input type="checkbox"/> Handschuh | <input type="checkbox"/> mit Finger | <input type="checkbox"/> ohne Finger <input type="checkbox"/> mit Pelotte |
| <input type="checkbox"/> Armstrumpf | <input type="checkbox"/> Befestigung: | |
| <input type="checkbox"/> Zehenkappe | <input type="checkbox"/> mit 5. Zeh | <input type="checkbox"/> ohne 5. Zeh |
| <input type="checkbox"/> A-D | <input type="checkbox"/> E-T | <input type="checkbox"/> Einbeinhose |
| <input type="checkbox"/> A-G | <input type="checkbox"/> F-T | <input type="checkbox"/> Segment |
| <input type="checkbox"/> A-T | <input type="checkbox"/> C-T | <input type="checkbox"/> Haftband: |
| <input type="checkbox"/> A-F | <input type="checkbox"/> B-T | <input type="checkbox"/> Haftbandstücke bei: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fuß offen | <input type="checkbox"/> Fuß geschlossen | <input type="checkbox"/> schräg |

Sonstiges: _____

Palpationsbefund (Sichtbefund, positives Stemmer'sches Zeichen)

Ödemlokalisierung:

Hand	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Handrücken	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Finger	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re
Arm	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Kopf	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re		
Fuß	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Zehen	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Fußrücken	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re
Ferse	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re				
US	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	OS	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re		
Becken	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Genitalbereich	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re		
Rumpf	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Schulter	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re		

Sonstiges: _____

Fotodokumentation am: _____

durch: _____

Gespeichert unter Datei: _____

Hautbild:

Hautempfinden (Druck)	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> sensibel	<input type="checkbox"/> reduziert
Transplantationen	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Hautverfärbungen	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Hauttemperatur	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> warm	<input type="checkbox"/> heiß

Ödemkonsistenz	<input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> verhärtet	<input type="checkbox"/> fibrotisch
-----------------------	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Datum: _____

Medizinprodukteberater: _____

Anlagen

- Kostenvoranschlag
- Verordnung
- Maßblatt
- Schemazeichnung für weitere Infos (z. B. Lage von Ulcerationen)
- Fotodokumentation