

## Therapeut - Befunddokumentationsbogen

Erfasst von \_\_\_\_\_

### Patientendaten

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

weiblich     männlich     divers

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil \_\_\_\_\_

GKV     PKV

### Anamnese

Familienstatus

alleinlebend     in Gemeinschaft lebend

Beruf \_\_\_\_\_

angestellt     selbstständig     Rentner     ohne Arbeit

berufliche Belastung

überwiegend sitzend     überwiegend stehend     gemischt

Beschreibung \_\_\_\_\_

Sonstige Belastung \_\_\_\_\_

Hobbies / Sonstiges \_\_\_\_\_

### Krankheitsanamnese

Schwellung liegt vor seit \_\_\_\_\_

Krankheitsverlauf \_\_\_\_\_

Triggerfaktoren

Wärme     körperliche Belast.     psychische Belast.     Stress

Beschreibung der  
Triggerfaktoren \_\_\_\_\_

## Therapeut - Befunddokumentationsbogen

### Krankheitsanamnese – Fortsetzung

weitere Symptome  Schweregefühl  Spannungsgefühl  Bewegungseinschränk.

Schmerzen NRS

Spannungsschmerz  Druckschmerz  Berührungsschmerz

Hämatomneigung  Nein  Ja

Onkologische  
Vorerkrankungen  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Relevante (familiäre)  
Vorerkrankungen

---

Relevante Medikation

---

### Inspektion

Hautfarbe Ödemgebiet  normal  bräunlich  weiß/livide  bläulich  rot  
 andere \_\_\_\_\_

Hautbeschaffenheit  Lymphfistel  trocken  schuppig  Lymphzysten  
 vertiefte Hautfalten  Papillomatosis  gespannte Haut  
 Mazerationen  Ekzeme  Ulcus  andere

Beschreibung der  
Hautbeschaffenheit

---

Fibrosierung /  
Sklerosierung  Nein  Ja

Lokalisation

---

Ödemrelevante  
Narbenverläufe  Nein  Ja

Lokalisation /  
Beschreibung  
(auch im Bodychart einzeichnen)

---

## Therapeut - Befunddokumentationsbogen

### Palpation

Hautbeschaffenheit  weich  teigig  hart induriert  derb fibrotisch  
 dellbar  prall elastisch  erschwert abhebbar  
 verschieblich  schwer verschieblich

Fibrosierung  Nein  Ja

Lokalisation  
(auch im Bodychart einzeichnen)

---

Strahlenschäden  Nein  Ja

Lokalisation  
(auch im Bodychart einzeichnen)

---

Hauttemperatur  normal  kühl  warm

Stemmersches Zeichen  negativ  positiv

Lymphknoten  vergrößert  weich  verschieblich  prall  derb  
 verbacken  druckdolent

Lokalisation /  
Beschreibung  
(auch im Bodychart einzeichnen)

---

## Therapeut - Befunddokumentationsbogen

### Patienten Aufklärung (durchgeführte ankreuzen)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bandagematerial       | <input type="checkbox"/> Bandagierung                               | <input type="checkbox"/> Selbstbandagierung |
| <input type="checkbox"/> Hautpflege            | <input type="checkbox"/> Infoblatt ‚Behandlungsablauf‘ ausgehändigt |   |
| <input type="checkbox"/> Aufklärung über Sport | <input type="checkbox"/> Aufklärung zu entstauenden Übungen         |   |

### Bandagematerial

Material ausgegeben am \_\_\_\_\_

Material zurückerhalten am \_\_\_\_\_

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlauchverband | <input type="checkbox"/> Polsterwatte |
| <input type="checkbox"/> Watte           | <input type="checkbox"/> Mullbinde    |
| <input type="checkbox"/> Klebeband       |                                       |

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlauchverband | <input type="checkbox"/> Polsterwatte |
| <input type="checkbox"/> Watte           | <input type="checkbox"/> Mullbinde    |
| <input type="checkbox"/> Klebeband       |                                       |

Bitte Kurz- oder Langzug mit angeben

Bitte Kurz- oder Langzug mit angeben

_____ zug	_____ cm	_____ Stück
_____ zug	_____ cm	_____ Stück
_____ zug	_____ cm	_____ Stück
_____ zug	_____ cm	_____ Stück
_____ zug	_____ cm	_____ Stück
_____ zug	_____ cm	_____ Stück

_____ zug	_____ cm	_____ Stück
_____ zug	_____ cm	_____ Stück
_____ zug	_____ cm	_____ Stück
_____ zug	_____ cm	_____ Stück
_____ zug	_____ cm	_____ Stück
_____ zug	_____ cm	_____ Stück

Nierchen \_\_\_\_\_ Stück

Nierchen \_\_\_\_\_ Stück

Leibbinde \_\_\_\_\_ Stück

Leibbinde \_\_\_\_\_ Stück

Lymphset \_\_\_\_\_ Stück

Lymphset \_\_\_\_\_ Stück

Sonstiges

Sonstiges

## Therapeut - Befunddokumentationsbogen

**Umfangmessung** Datum der Umfangsvermessung bei Therapiebeginn: \_\_\_\_\_

Datum der Umfangsvermessung bei Therapieende: \_\_\_\_\_

Umfangsvermessung auf Beiblatt dokumentieren.

**Bewegungseinschränkungen** Datum der Erfassung bei Therapiebeginn: \_\_\_\_\_

Datum der Erfassung bei Therapieende: \_\_\_\_\_

Bewegungseinschränkungen auf Beiblatt dokumentieren.

**Behandlungsverlauf** Den Verlauf der Behandlung auf Beiblatt dokumentieren.

**Compliance**

<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
<input type="checkbox"/> kam pünktlich	<input type="checkbox"/> kam regelmäßig
<input type="checkbox"/> kam oft unpünktlich	<input type="checkbox"/> sagte viele Termine ab

**Prognostische Einschätzung**

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

Begründung

---

Empfehlung

---