

Bericht des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Lymphologisches Dokumentationsblatt

Patientendaten

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

weiblich männlich divers

Anschrift _____

Telefon / Mobil _____

GKV PKV

Diagnosen

Verordnung vom _____ **Behandlung** vom _____ bis _____

Therapie

Komplexe Physikalische
Entstauungstherapie KPE Phase 1 (Entstauung) KPE Phase 2 (Erhaltung)

Manuelle Lymphdrainage MLD 30 MLD 45 MLD 60

Kompressions-
Bandagierung Unterschenkel ganzes Bein
 Arm Gesicht Genital

Kompressionsversorgung Flachstrick nach Maß Rundstrick Rundstrick nach Maß

Apparative Kompression

Bewegungstherapie

Funktionstraining trocken Wasser

Rehasport Orthopädie trocken Orthopädie Wasser Onkologie

Medizinische
Trainingstherapie Nein Ja

Krankengymnastik

Bericht des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Lymphologisches Dokumentationsblatt

Ödembezogener Befund

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Ödemkonsistenz | <input type="checkbox"/> weich | <input type="checkbox"/> hart |
| Ödemausprägung | <input type="checkbox"/> distal | <input type="checkbox"/> zentral |
| Dellenbildung möglich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lymphostatische Fibrose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hautveränderungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stemmersches Zeichen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beweglichkeit eingeschränkt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Umfangmessung ist auf Beiblatt dokumentiert.

Besonderheiten

Prognostische Einschätzung

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

Begründung

Empfehlung

Datum

Unterschrift

Praxisstempel