

## Lymphologische Versorgung

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

### Patientendaten

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

weiblich  männlich  divers

Anschrift \_\_\_\_\_

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

GKV  PKV \_\_\_\_\_

Kunden-Nummer \_\_\_\_\_

Verordner \_\_\_\_\_

Ausstattung  Erstkunde  Folgeversorgung  Zweifachausstattung

Ablauf	Rezeptabg.	KV	WA	Maßnahme	Bestellung
Datum	_____	_____	_____	_____	_____
Kürzel	_____	_____	_____	_____	_____
Hinweis	_____	_____	_____	_____	_____

**Versorgung**  Lymphologische Versorgung  Hausbesuche  
 Narbenkompression Versorgung  Mehraufwand nach OP  
 besondere hygienische Anforderungen

**Sonstiges**  Adaptive Kompressions-Versorgung (Wrap-Verband)

**Ausstattung**  Maßblatt des Herstellers  siehe Beiblatt Ausstattung

Anmerkungen

---