

Abgabeprotokoll lymphologische Versorgung

Erfasst von _____ am _____

Patientendaten

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

weiblich männlich divers

Anschrift _____

Telefon / Mobil _____

GKV PKV _____

Kunden-Nummer _____

Verordner _____

Versorgungsart _____

OK

zu klären

Passform gesamt _____

Gesamtlänge _____

Anatomische Abschlüsse _____

Haltevorrichtungen _____

Nahtqualität _____

Passform Gelenkbereiche _____

Überlappungen _____

Pelotte _____

Hosen: Passform des Leibteils _____

Bei Hand- / Fußversorgung:

Finger- / Zehenlänge _____

Länge des Handteils / Zehenk. _____

Handrücken-Polster / Pelotten _____

Optionen / Anmerkungen _____

Datum Unterschrift Patient/in

Datum Unterschrift Medizinproduktberater/in