

## Empfangsbestätigung und Anlage 4 zum Rahmenvertrag Abgabeprotokoll zur lymphatischen Kompressionsversorgung

### Patientendaten

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

### Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich mit meiner untenstehenden Unterschrift den Empfang der mir verordneten Kompressionversorgung.

flachgestrickt       rundgestrickt       adaptive Kompression

### Zuzahlung

Die gesetzliche Zuzahlung / der Eigenanteil von EUR \_\_\_\_\_

ist bezahlt       ist nicht bezahlt       ist frei

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Medizinproduktberater/in

### Hilfsmittel

|                           |                             |       |       |
|---------------------------|-----------------------------|-------|-------|
| _____ Zehenkappe          | _____ Capri                 | _____ | _____ |
| _____ Kompressionssocken  | _____ Weste                 | _____ | _____ |
| _____ Kniestrumpf         | _____ Kopf- / Kinnbandage   | _____ | _____ |
| _____ Halbschenkelstrumpf | _____ Komresse Kniekehle    | _____ | _____ |
| _____ Schenkelstrumpf     | _____ Komresse Mons Pubis   | _____ | _____ |
| _____ Strumpfhose         | _____ Handschuh             | _____ | _____ |
| _____ Einbeinhose         | _____ Armstrumpf            | _____ | _____ |
| _____ Bermuda             | _____ Kompressen Handrücken | _____ | _____ |

Nach meinem gegenwärtigen Empfinden ist die Passform der gelieferten Kompressionshilfsmittel gut. Sollte ich Mängel in der Passform bemerken, werde ich dies dem Mitgliedsbetrieb unverzüglich mitteilen.

Im Beratungsgespräch wurde ich auf die Richtlinien für Ödembestrümpfungen hingewiesen, sowie über die Wirkungsweise der unterschiedlichen Qualitäten (Rund-/Flachstrick) aufgeklärt.

Eine Anprobe wurde mit mir durchgeführt; dabei wurde ich in die Anziehtechnik sowie die Pflege der Bestrumpfung eingewiesen. Um Laufmaschen und Beschädigungen der Kompressionsware zu vermeiden, wurde ich auf die entsprechende Nagelpflege hingewiesen. Die Bestrumpfung muss mit geeigneten Spezial- oder Haushalts- handschuhen angezogen werden, um Schäden (Laufmaschen) zu vermeiden und die Verteilung des Gestricks zu erleichtern. Die Pflegehinweise/ Gebrauchsanweisung des Herstellers habe ich erhalten.

Die Lieferung verbleibt bis zur vollständigen Bezahlung durch meine Krankenkasse im Eigentum des Leistungserbringers.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in