

Praxisdaten der beteiligten Leistungserbringer

Praxisstempel

Therapeut

Befunddokumentationsbogen Teil 2

Dokumentation der physikalischen Therapie

Datum: . .

Tag Monat Jahr

Apparative Therapie

Erstverordnung

Folgeverordnung

KPE: _____ Anwendungen

MLD: _____ Anwendungen

Bandagematerial

MKS: Rundstrick Flachstrick CCL 1

CCL 2

CCL 3

CCL 4

Folgeverordnung Nr.: _____

Nachname, Titel: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: . .

Tag Monat Jahr

1. Umfangsvermessung

Datum der Umfangsvermessung/Therapiebeginn: . . ①

Datum der Umfangsvermessung/Therapieende: . . ②

Tag Monat Jahr

Maßblatt ausgefüllt (siehe Beiblatt)

ausgefülltes Maßblatt mitgeschickt

Messung bei Aufnahme, nach 2 Wochen und 4 Wochen wiederholen

2. Hautbeschaffenheit

| | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| Arme: | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> fettig | <input type="checkbox"/> spröde/gerissen |
| Hände: | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> fettig | <input type="checkbox"/> spröde/gerissen |
| Beine: | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> fettig | <input type="checkbox"/> spröde/gerissen |
| Füße: | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> fettig | <input type="checkbox"/> spröde/gerissen |
| Hautveränderungen feststellbar: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |

Befund: _____

3. Physikalischer Untersuchungsbefund:

| | | | | | |
|------------------------|---------------------------------|--|-----------------|---|----------------------------------|
| Ödemkonsistenz: | <input type="checkbox"/> weich | <input type="checkbox"/> hart | Ödemkonsistenz: | <input type="checkbox"/> distal | <input type="checkbox"/> zentral |
| Dellenbildung möglich: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Fibrosierung: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beweglichkeit: | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | ROM: | <input type="text"/> ° (Grad nach NN Methode) | |
| Stemmersches Zeichen: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |

Weitere Befundangaben: _____

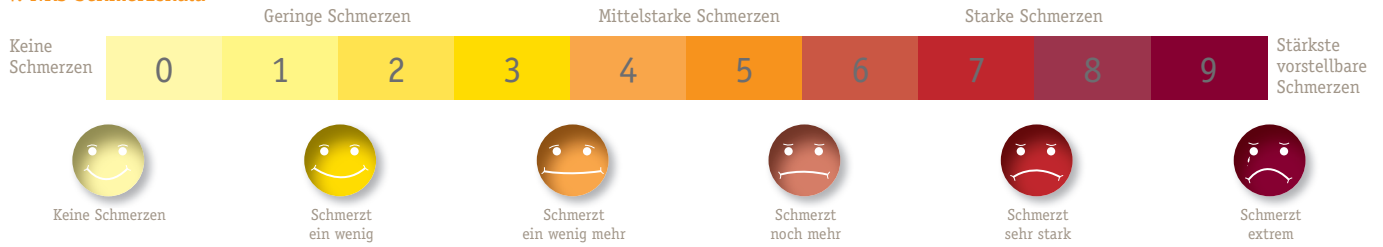
Prognostische Einschätzung:

Ödemzustand kann verbessert werden Ödemzustand kann gehalten werden Sekundarschäden können vermieden werden

Umstellung/Weiterbehandlung notwendig

Begründung: _____

4. NRS Schmerzskala



5. Aufklärung: (durchgeführt ankreuzen)

- Bandagematerial Bandagierung Selbstbandagierung Hautpflege Info-Blatt ausgehändigt
- Aufklärung zu entstauenden Übungen Aufklärung über Sport

6. Bandagematerial:

Material ausgegeben am: Tag, Monat, Jahr Material zurück erhalten am: Tag, Monat, Jahr

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlauchverband | <input type="checkbox"/> Polsterwatte | <input type="checkbox"/> Watte | <input type="checkbox"/> Mullbinde | <input type="checkbox"/> Klebeband |
| <input type="checkbox"/> Kurzzug 6cm: <input type="text"/> Stück | <input type="checkbox"/> Kurzzug 8cm: <input type="text"/> Stück | <input type="checkbox"/> Kurzzug 10cm: <input type="text"/> Stück | <input type="checkbox"/> Kurzzug 12cm: <input type="text"/> Stück | <input type="checkbox"/> Kurzzug 8cm: <input type="text"/> Stück |
| <input type="checkbox"/> Langzug 12cm: <input type="text"/> Stück | <input type="checkbox"/> Langzug 20cm: <input type="text"/> Stück | <input type="checkbox"/> Langzug 10cm: <input type="text"/> Stück | <input type="checkbox"/> Langzug 12cm: <input type="text"/> Stück | <input type="checkbox"/> Nierchen: <input type="text"/> Stück |
| <input type="checkbox"/> Leibbinde 30 cm | | | | |
| <input type="checkbox"/> Andere Polstermaterialien _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | | |

7. Unterschrift des Patienten:

- Ich bestätige, dass ich darüber informiert wurde, dass das von _____ zur Verfügung gestellte Bandagematerial in vollem Umfang in Form von neuwertigem, original verpacktem Bandagematerial zurückgegeben werden muss. Ansonsten behalten wir uns vor, das Bandagematerial privat in Rechnung zu stellen.
- Ich bevollmächtige _____ einmalig in meinem Auftrag Rezepte/Verordnungen bei meinem Arzt anzufordern, die für meine weitere Therapie erforderlich sind.
- Der Weitergabe an einen Leistungserbringer (Sanitätshaus/Apotheke) stimme ich ebenfalls zu.

Datum _____

Unterschrift des Patienten _____

8. Behandlungsverlauf: (zur Rückmeldung an den behandelnden Arzt)

9. Hautbeschaffenheit / Pflege

- Hautbeschaffenheit überprüft Abfrage von 2 zur Hautbeschaffenheit übernehmen
- medikamentöse Therapie erforderlich/Rezept ausgestellt nichtmedikamentöse Behandlung empfohlen

10. Einschätzung der Patienten-Compliance:

- sehr gut gut befriedigend schlecht

11. Empfehlung an:

Patient: _____

Arzt: _____

Rezept/VO für: _____

Apparative Therapie: _____

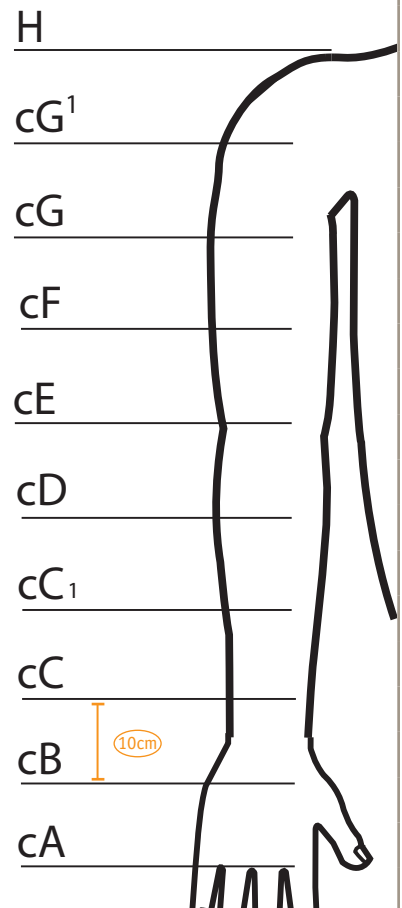
Therapeut

Befunddokumentationsbogen Teil 2

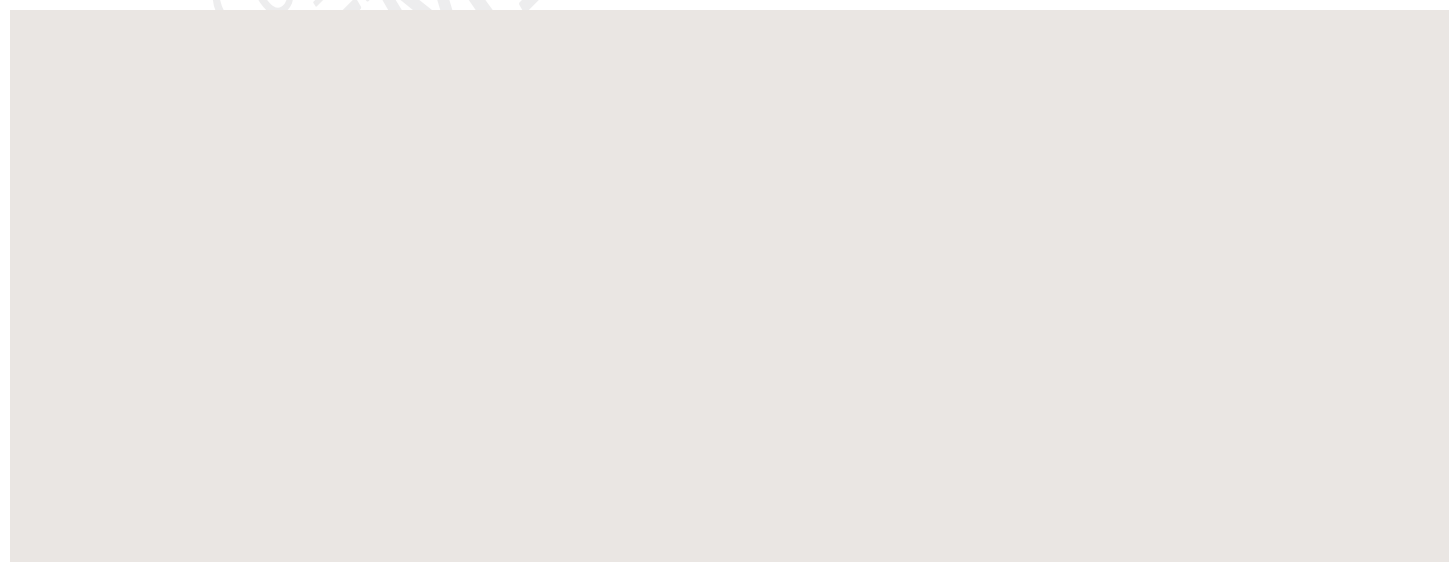
Dokumentation der physikalischen Therapie

zu 1. Umfangsvermessung (Arm)

| | | ARM | | | | | | | | | |
|-----------------|--------|-----|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|
| Maßpunkte | | 1 | + - | 2 | + - | 3 | + - | 4 | + - | 5 | + - |
| H | links | | | | | | | | | | |
| | rechts | | | | | | | | | | |
| G1 | links | | | | | | | | | | |
| | rechts | | | | | | | | | | |
| cG | links | | | | | | | | | | |
| | rechts | | | | | | | | | | |
| cF | links | | | | | | | | | | |
| | rechts | | | | | | | | | | |
| cE | links | | | | | | | | | | |
| | rechts | | | | | | | | | | |
| cD | links | | | | | | | | | | |
| | rechts | | | | | | | | | | |
| cC ¹ | links | | | | | | | | | | |
| | rechts | | | | | | | | | | |
| cC | links | | | | | | | | | | |
| | rechts | | | | | | | | | | |
| cB | links | | | | | | | | | | |
| | rechts | | | | | | | | | | |
| cA | links | | | | | | | | | | |
| | rechts | | | | | | | | | | |



1 = Nagelwurzel der Großzehe bzw. des Mittelfingers, dann in 10cm-Abständen nach proximal messen



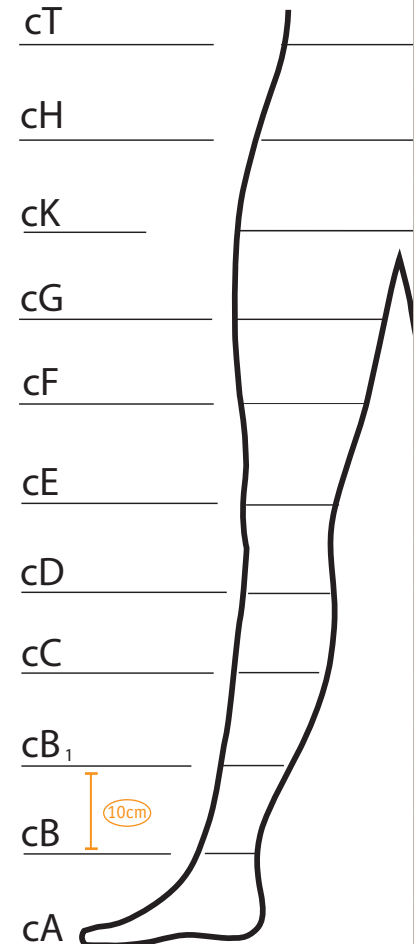
Therapeut

Befunddokumentationsbogen Teil 2

Dokumentation der physikalischen Therapie

zu 1. Umfangsvermessung (Bein)

| | | BEIN | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------|------|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|-----------------|
| Maßunkte | | 1 | + - | 2 | + - | 3 | + - | 4 | + - | 5 | + - | |
| cT | links | | | | | | | | | | | cT |
| | rechts | | | | | | | | | | | |
| cH | links | | | | | | | | | | | cH |
| | rechts | | | | | | | | | | | |
| cK | links | | | | | | | | | | | cK |
| | rechts | | | | | | | | | | | |
| cG | links | | | | | | | | | | | cG |
| | rechts | | | | | | | | | | | |
| cF | links | | | | | | | | | | | cF |
| | rechts | | | | | | | | | | | |
| cE | links | | | | | | | | | | | cE |
| | rechts | | | | | | | | | | | |
| cD | links | | | | | | | | | | | cD |
| | rechts | | | | | | | | | | | |
| cC | links | | | | | | | | | | | cC |
| | rechts | | | | | | | | | | | |
| cB ₁ | links | | | | | | | | | | | cB ₁ |
| | rechts | | | | | | | | | | | |
| cB | links | | | | | | | | | | | cB |
| | rechts | | | | | | | | | | | 10cm |
| cA | links | | | | | | | | | | | cA |
| | rechts | | | | | | | | | | | |



1 = Nagelwurzel der Großzehe bzw. des Mittelfingers, dann in 10cm-Abständen nach proximal messen

