

# CHECKLISTE

für die Anwendung  
mit Apparativer Intermittierender Kompression (AIK)



SLK Vertriebs GmbH  
Lindenhorster Str. 38-40  
44147 Dortmund  
Tel. 0231/ 92 53 60 -0  
Fax 0231/ 92 53 60 -29

1. Leiden Sie an einer Herzinsuffizienz (Herzschwäche)?  
 ja  
 nein
  
2. Hatten Sie in jüngster Zeit einen Herzinfarkt?  
 ja  
 nein
  
3. Besteht bei Ihnen der Verdacht auf Thrombose?  
 ja  
 nein
  
4. Leiden Sie unter einem Erysipel (bakterielle Infektion der obersten Hautschicht)?  
 ja  
 nein
  
5. Liegen Erkrankungen im Bereich der Extremitäten vor?  
 ja  
 nein
  
6. Wurde bei Ihnen eine Lymphknotenentfernung im Therapiebereich vorgenommen?  
 ja  
 nein
  
7. Liegen proximale Abflusssperren (z.B. Tumore) vor?  
 ja  
 nein
  
8. Leiden Sie unter einer artiiellen Verschlusskrankheit?  
 ja  
 nein

Hiermit bestätige ich, dass ich über alle Kontraindikationen aufgeklärt worden bin und die Therapie auf eigenes Risiko erfolgt.

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Einweisers