Checkliste SLK Varilymph 12 Pro

Intermittierende pneumatische Kompression

Kundenname: Datum:

Geburtsdatum:

Mit diesen Fragen möchten wir abklären, ob dieses System bei Ihnen angewendet werden kann. Gesundheitliche Beeinträchtigungen können dem entgegen sprechen. Bitte beantworten Sie deshalb die nachfolgenden Fragen.

1. Leiden Sie an einer dekompensierten Herzinsuffizienz ?

☐ **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. Liegt bei Ihnen eine schwere, nicht eingestellte Hypertonie vor ? (Bluthochdruck)

☐ **Ja** ☐ **Nein**

6. Liegen proximale Abflusssperren (z.B. Tumore) vor ?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Sollten Sie eine Frage mit „Ja“ beantwortet haben, halten Sie bitte Rücksprache mit Ihrem Arzt.
Hiermit bestätige ich, dass ich über alle Kontraindikationen aufgeklärt worden bin und die Therapie auf eigenes Risiko erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Einweisers (Name in Druckbuchstaben)