

Einweisungsbogen



Apparative Intermittierende Kompressionstherapie (AIK)

Name des Einweisers / Firma:

Name des Patienten:

System:

SLK Varilymph 12 Pro

Seriennummer:

1. Das System wurde eingewiesen mit ...

___ Beinmanschette

___ Arm-Schultermanschette

___ Kompressionshose

___ Kompressionsjacke

___ Erweiterungssatz

2. Auf Indikation und Kontraindikation wurde hingewiesen.

ja

3. Auf die Notwendigkeit der regelmäßigen täglichen Anwendung und Dokumentation wurde hingewiesen.

ja

4. Es wurde erklärt, dass der therapeutische Druck von ___ mmHg nicht überschritten werden darf.

ja

5. Das Bedienen des Systems wurde gezeigt.

ja

7. Das An- und Ausziehen der Manschetten wurde gezeigt.

ja

6. Die sachgemäße Handhabung der Manschetten wurde gezeigt.

ja

7. Die Pflege und Reinigung der Steuereinheit und der Manschetten wurde erklärt.

ja

8. Bei Schmerzen während der Behandlung ist die Therapie unverzüglich abubrechen und ein Arzt aufzusuchen.

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)