

Erprobungsbogen



Apparative Intermittierende Kompressionstherapie (AIK)

☐ Herr ☐ Frau

Name des Patienten: _____ Geb.-Datum: _____

System: **SLK Varilymph 12 Pro** Versicherten-Nr.: _____

Krankenkasse: _____

1. Diagnose

☐ Lymphödem ☐ Lipödem ☐ Lipo- / Lymphödem ☐ _____

☐ Bein ☐ rechts ☐ links

☐ Arm ☐ rechts ☐ links

Sonstiges: _____

2. Tragen Sie regelmäßig eine Kompressionsbestrumpfung ?

☐ Ja, seit _____ Kompressionsklasse: _____

☐ Nein Begründung: _____

3. Bekommen Sie regelmäßig MLD (Manuelle Lymphdrainage) ?

☐ Ja, seit _____ Häufigkeit: _____

☐ Nein Begründung: _____

4. Das System wurde erprobt mit...

☐ Arm-Schultermanschette

☐ Kompressionsjacke

☐ Kompressionshose

☐ Beinmanschette

☐ Erweiterungssatz

5. Die Therapie wurde vertragen...

☐ sehr gut ☐ gut ☐ weniger gut

Druck:	mm / Hg	Befüllung:	Sek.	Therapiezeit:	Min.
		Entlüftung:	Sek.		

6. Auf Indikation und Kontraindikation wurde hingewiesen. ☐ ja

7. Das Bedienen des Systems wurde gezeigt. ☐ ja

8. Das An- und Ausziehen der Manschetten wurde gezeigt. ☐ ja

Bemerkungen:

Datum, Unterschrift
