

Anamnesebogen

zur Verordnung eines Hilfsmittels für die Therapie
mit apparativer intermittierender Kompression



Pos.-Nr. des Hilfsmittels:

Bezeichnung:

Für Patient(in):

Name / Vorname:

Geb. Datum:

Straße, PLZ / Ort:

Bei o.g. Patient(in) ist aufgrund der Diagnose die apparative intermittierende Kompression (AIK), die in der Anwendung pneumatischer Wecheldruckgeräte besteht, ärztlich indiziert. Die Behandlung muss regelmäßig im Rahmen der komplexen physikalischen Entstauungstherapie auch zu Hause mit einem Mehrkammergerät durchgeführt werden. Bei o.g. Patient(in) liegt folgende Indikation vor (die Diagnosen sind entsprechend ICD – 10 Code angegeben):

- | | |
|--|--|
| ☐ venös bedingte Ödeme (R 60.010) | ☐ Lipödeme (E 88.890) |
| ☐ posttraumatische Ödeme (R 60.900) | ☐ primäre Lymphödeme (1 89.0) |
| ☐ Ulcus cruris venosum (1 83.010, 1 83.030) | ☐ sekundäre Lymphödeme ohne proximale Sperre (1 89.0) |
| ☐ arthrogenes Stauungssyndrom | ☐ Thromboembolieprophylaxe |
| ☐ Sonstiges: | |
-

Bei o.g. Patient(in) wurde bereits eine Vorbehandlung durchgeführt mit:

- ☐ Kompressionsverband seit:

- ☐ Kompressionsstrumpf seit:

- ☐ Manuelle Lymphdrainage seit:

- ☐ Im Rahmen der komplexen physikalischen Entstauungstherapie ist die Anwendung der AIK, indiziert mittelfristig Komplikationen und damit einhergehende Kosten zu vermeiden.
- ☐ AIK wurde bereits in der Arztpraxis/im Sanitätshaus mit Erfolg bei o.g. Patient(in) angewandt!
- ☐ Die ärztliche Kontrolle ist bei o.g. Patient(in) gewährleistet.
- ☐ individuell einstellbare Befüllungs- und Entlüftungszeit erforderlich

Zur Bewilligung empfohlene Ausstattung:

- | | |
|---|--|
| ☐ SLK Varilymph 12 Pro | ☐ Beinmanschette Anzahl |
| | ☐ Arm-Schultermanschette Anzahl |
| | ☐ Kompressionshose |
| | ☐ Kompressionsjacke |
| | ☐ Erweiterungssätze |
| | ☐ Sonstiges: <hr/> |