# Einweisungsbogen

## Intermittierende Pneumatische Kompressions (IPK)

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 abzubrechen 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)