Anamnesebogen

zur Verordnung eines Hilfsmittels für die Therapie
mit intermittierender pneumatischer 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 intermittierende pneumatische Kompression (IPK/AIK), die in der Anwendung pneumatischer Wechseldruckgeräte 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)
- ☐ posttraumatische Ödeme (R 60.900)
- ☐ Ulcus cruris venosum (1 83.010, 1 83.030)
- ☐ arthrogenes Stauungssyndrom
- ☐ Sonstiges:
- ☐ Lipödeme (E 88.890)
- ☐ primäre Lymphödeme (1 89.0)
- ☐ sekundäre Lymphödeme ohne proximale Sperre (1 89.0)
- ☐ Thromboembolieprophylaxe

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

- ☐ Kompressionsverband seit:
- ☐ Kompressionsstrumpf seit:
- ☐ Manuelle Lymphdrainage seit:
- ☐ Keine Manuelle Lymphdrainage weil:
- ☐ Im Rahmen der komplexen physikalischen Entstauungstherapie ist die Anwendung der IPK, indiziert mittelfristig Komplikationen und damit einhergehende Kosten zu vermeiden.
- ☐ IPK 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: