

Checkliste

Apparative Intermittierende Kompressionstherapie (AIK)

1. Leiden Sie an einer dekompensierten Herzinsuffizienz (Stadium 3/4) ?

- ja
 nein

2. Hatten sie in jüngster Zeit einen Herzinfarkt ?

- ja
 nein

3. Besteht bei Ihnen der Verdacht auf Thrombose ?

- ja
 nein

4. Leiden Sie unter einem Erysipel (bakterielle Infektion der obersten Hautschicht) ?

- ja
 nein

5. Liegt bei Ihnen eine schwere nicht eingestellte Hypertonie vor? (Bluthochdruck)

- ja
 nein

6. Liegen proximale Abflusssperren vor (z.B. Tumore) ?

- ja
 nein

7. Leiden Sie unter einer Arteriellen Verschlusskrankheit ? (keine Kontraindikation)

- ja
 nein

Hiermit bestätige ich, dass ich über alle Kontraindikationen aufgeklärt worden bin und die Therapie auf eigenes Risiko erfolgt.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Einweisers



✉ SLK Vertriebsgesellschaft mbH Am Herdicksbach 18 D-45731 Waltrop

☎ Telefon: +49 (0) 231 / 92 53 60 - 0 📠 Telefax: +49 (0) 231 / 92 53 60 - 29 @ E-Mail: info@slk-gmbh.de www.slk-gmbh.de Stand: 17.04.19 - VSNR: 2.1