

Beiblatt gemäß Hilfsmittel-Richtlinie § 7 Abs. 2 zur ärztlichen Verordnung

vom _____ (Datum) für:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

über flachgestrickte Kompressionssegmente im Rahmen der Therapie bei Lymphgefäßerkrankungen bzw. Zusätze/Zurichtungen der **oberen Extremität**

Arm

Anzahl
__ Stück __ Paar

Arm: links / rechts

Kompressionsklasse
 KKL 1 KKL 2 KKL 3

Artikel
 CG CG1 CE
 AC1 AE AG
 Kombinationsversorgung
(überlappende Maße werden
werkseitig berechnet)

Besonderheiten
 Futterstoff (bitte einzeichnen)
 Polstermaterial (bitte einzeichnen)

schräger Abschluss
anatomische Ellenbeugung:
 Standard 20°
 40°/ 60°/ 90°

Armstrumpf
 distal porös
 proximal porös

vollgestrickt
distal proximal

über Schultergelenk
 mit Gurt, Länge _____ cm
 mit BH-Schleufe

Verschluss
Länge _____ cm von: _____ bis: _____
 RV mit H/Ö unterlegt (Standard)
 Reißverschluss Haken/Ösen
 Daumenseite, vorn Kleinfingerseite, hinten
 innen außen

Ärztliche Verordnung / Rezept

Hand

Anzahl
__ Stück __ Paar

Hand: links / rechts
Finger: offen / geschlossen

Artikel
 Handschuh ohne Finger
 Handschuh mit Fingern
 in Kombination mit Armstrumpf
 getrennt / in einem Stück

Material/Kompressionsklasse
 KKL 1 KKL 2 KKL 3

Besonderheiten Handrückenpelotte
 eingenäht in Tasche lose beigelegt
 Antislip-Tape

Verschluss/Abschluss
Länge _____ cm von: _____ bis: _____
 RV mit H/Ö unterlegt (Standard)
 Reißverschluss Klettverschluss
 nur Haken/Ösen
 Innenhand Handrücken
 Kleinfingerseite, hinten
 Abschluss porös (Standard)
 Abschluss vollgestrickt
 mit Noppenhaftband 3 cm 5 cm
 elast. Abschlussband 3 cm 5 cm
 mit Noppenhaftbandstücken
 Silikonhaftpads

Bemerkung / Begründung (falls erforderlich)

Arzt: _____

Versorgender Fachhandel: _____

Praxisstempel / Datum / Unterschrift _____