

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 unteren Extremität

Anzahl
Stück Paar

Kompressionsklasse
☐ KKL 1 ☐ KKL 2 ☐ KKL 3

Artikel
☐ AB1 ☐ AD ☐ AF ☐ AG
☐ AT ☐ FT ☐ ET ☐ CT
☐ CTE ☐ BT ☐ ATE ☐ ATH
☐ Kombinationsversorgung
(überlappende Maße werden
werkseitig berechnet)

Segmente
☐ BG ☐ BD ☐ FG

Besonderheiten
☐ Futterstoff (bitte einzeichnen)
☐ Mobiderm®-Pelotte
☐ Retromalleolarpelotte

☐ Gr.1 / ☐ Gr.2
☐ li / ☐ re
☐ innen / ☐ außen
☐ Stück / ☐ Paar

Knieform
Links: ☐ Standard-Knie
Anatomische Kniebeugung
☐ 20° / ☐ 40° / ☐ 60° / ☐ 90°
Rechts: ☐ Standard-Knie
Anatomische Kniebeugung
☐ 20° / ☐ 40° / ☐ 60° / ☐ 90°

Ärztliche Verordnung / Rezept

Leibteil Befestigung ☐ Taillenband 5 cm, angenäht (Standard) ☐ Noppenhaftband 3 cm / ☐ 5 cm ☐ Noppenhaftbandstücke ☐ Silikonhaftpads ☐ Lochbandgummi ☐ Hüftbefestigung ☐ Hosenträger: cm	Verschluss Länge cm ☐ RV mit H/Ö unterlegt (Standard) ☐ Reißverschluss ☐ Haken/Ösen ☐ vorne / ☐ rechts / ☐ links Schritt ☐ offen / ☐ geschlossen	Zwickel nahtlos (bei geschlossenem Schritt) Zwickelbreite ☐ klein / ☐ mittel / ☐ groß ☐ mit Kompression (Standard) ☐ ohne Kompression ☐ porös ☐ stoff (Frauen mit Pelottenzwickel) ☐ mit Eingriff
--	---	--

Abschluss/Befestigung (Bein) ☐ Vordere Oberbeinerhöhung Distal ☐ poröser Rand ☐ Noppenhaftband 3 cm / ☐ 5 cm ☐ Noppenhaftbandstücke ☐ Silikonhaftpads ☐ mit Strumpf getrennt	Proximal ☐ schräger Abschluss ☐ poröser Rand ☐ Noppenhaftband 3 cm / ☐ 5 cm ☐ Noppenhaftbandstücke ☐ Silikonhaftpads ☐ mit Strumpf getrennt ☐ Haftband 3/4 innen	Verschluss Links: Länge cm von: bis: ☐ RV mit Haken/Ösen unterlegt ☐ Reißverschluss ☐ Haken/Ösen Position: ☐ vorn / ☐ hinten ☐ innen / ☐ außen Rechts: Länge cm von: bis: ☐ RV mit Haken/Ösen unterlegt ☐ Reißverschluss ☐ Haken/Ösen Position: ☐ vorn / ☐ hinten ☐ innen / ☐ außen
--	--	--

Fuß
Ferse
☐ mit Kompression (Standard)
☐ Y-Ferse komprimiert
☐ ohne Kompression

Spitze
☐ offen, gerade (Fußlänge innen angeben)
☐ offen, schräg (Fußlängen innen/außen angeben)
☐ geschlossen, schräg, mit Kompression
☐ geschlossen, schräg, ohne Kompression
☐ Zehen (nur bis AD - Maßblatt Zehen ausfüllen)
☐ Hallux-Zone ☐ rechts / ☐ links

Bemerkung / Begründung (falls erforderlich)

Arzt: Versorgender Fachhandel:

Praxisstempel / Datum / Unterschrift