

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

Hb. strong 5 cm
 beige
 caramel
 schwarz

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