Beiblatt gemäß Hilfsmittel-Richtline § 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

Menge

☐ Paar _____
☐ Stück _____

Varianten

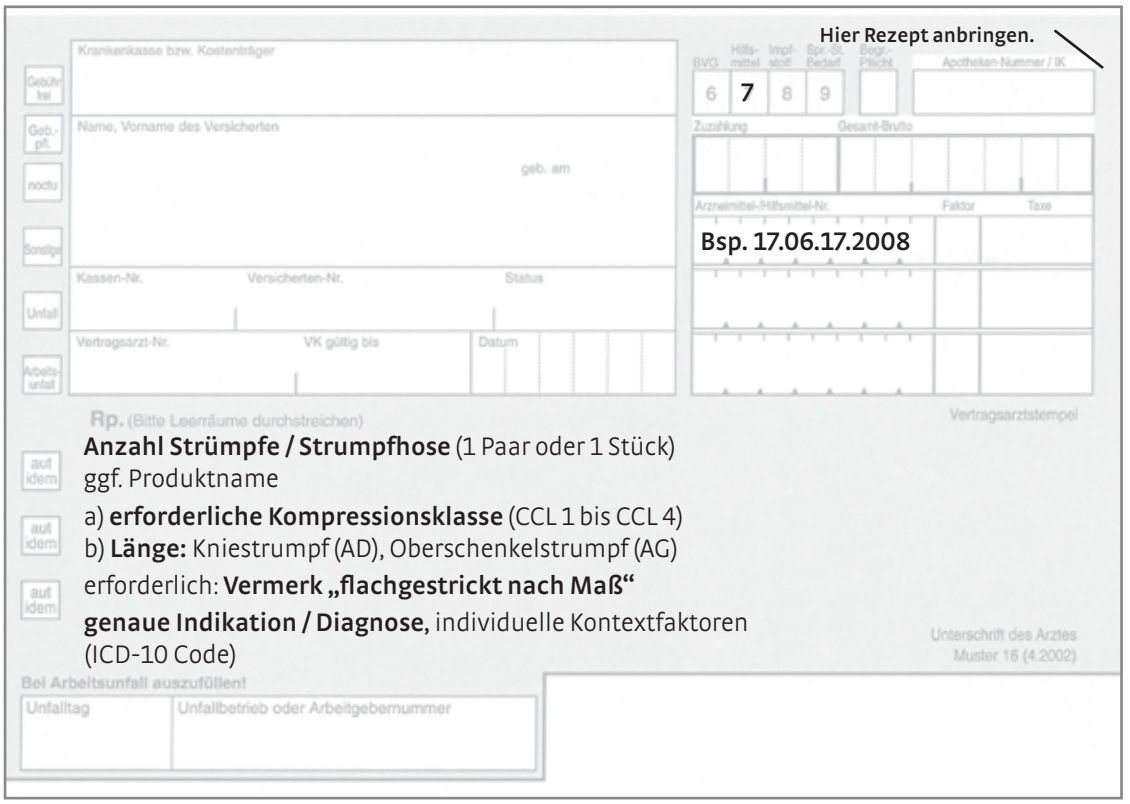
☐ Kniestrumpf (AD)
☐ Oberschenkelstrumpf (AG)
☐ Strumpfhose (AT)
☐ Herrenhose (ATH) / offener / vertikaler Eingriff Hosenteil
☐ Umstandshose (ATU)
☐ Einbeinhose (ATE)
☐ BT (Legginghose)
CT (Caprihose)
ET / FT (Radlerhose)

Kompression (CCL) 1 2 3 4

Leibteil	☐	☐	☐	☐
Linkes Bein	☐	☐	☐	☐
Rechtes Bein	☐	☐	☐	☐

Leibteil

☐ Kompressives Leibteil
☐ Offener Schritt / Stomaöffnung



Befestigung und Abschlüsse

☐ Haftband
☐ Hüftbefestigung ☐ links ☐ rechts
☐ Schräge / Abschluss (proximal, laterale Erhöhung, Überhöhung Slipform)
☐ Gerader Abschluss
☐ Haftbandstück / Anti-Rutsch-Noppen (Haftbandstopper)
☐ entlang Schräge ☐ längs über „E“
☐ längs hinten über Naht ☐ auf Fußsohle

Verschlüsse

☐ Reißverschluss Bein _____
☐ Reißverschluss Leibteil _____
☐ Klettverschluss Bein _____
☐ Klettverschluss Leibteil _____

Silber

☐ links ☐ rechts
☐ „Y“ bis „C“ ☐ „Y“ bis „D“ ☐ „Y“ bis „G“

Pelotten / Lymphpad

☐ Fuß
☐ sonstige Position _____

Fuß

☐ Offen ☐ Geschlossen
☐ Distaler schräger Vorfuß (Anatomischer Fuß)
☐ Hallux-Entlastungszone ☐ links ☐ rechts
☐ Unterfußverlängerung
☐ Softspitze

Zusätze

☐ Y-Einkehre (90° Ferse / T-Ferse / anatomisch abgewinkelter Fuß)
☐ Ellipsenform (anatomisch abgewinkeltes Knie, Funktionszone Knie)
☐ Oberbeinerhöhung (ventrolaterale Erhöhung)
☐ _____cm porös
☐ Futterstoff _____

Zehenkappe

☐ Zehenkappe in CCL ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Zusätze
☐ Links ☐ Rechts
☐ Geschlossene Zehen ☐ Offene Zehen
☐ Einzelne Zehenkappe
☐ Strumpf und Zehenkappe durchgestrickt
☐ An Strumpf angenäht

Bemerkung / Begründung (falls erforderlich):

Arzt: _____ Versorgender Fachhandel: _____

_____ _____

_____

Praxisstempel / Unterschrift / Datum