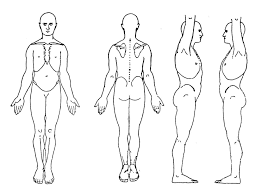
**KPE - Behandlungsplan**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient/Patientin**  VSNR:      / | **Versicherter/Versicherte**  VSNR:      / |
| Titel/Zuname:  Vorname:  Adresse: | Titel/Zuname:  Vorname:  Adresse: |
|  |  |
| zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin: |  |
|  |  |
| Diagnose: |  |
| Erstverordnung | Folgeverordnung   Anzahl der vorangegangenen Behandlungen: |

|  |
| --- |
| **Therapiemaßnahmen leitlinienkonform** |
| Phase 1: Entstauungsphase |
| Phase 2: Erhaltungs- und Optimierungsphase |
| Anzahl der Therapieeinheiten: |
| Frequenz nach Bedarf |
| Begründung für Hausbesuch: |
| Anzahl der vorgesehenen Hausbesuche: |

**[](https://www.google.at/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=2ahUKEwi9m53LrNfhAhUFC-wKHcDVCREQjRx6BAgBEAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.arfonphysiotherapy.co.uk%2Fwp-content%2Fuploads%2F2011%2F12%2FAssessment-Form.pdf&psig=AOvVaw0RCwZpTdBGm8WGrQczph76&ust=1555597920683183)**

|  |  |
| --- | --- |
| Manuelle Lymphdrainage inkl. Kompressionstherapie | 30 min  45 min  60 min |
| Kompressionstherapie | Bandagierung  Strumpfversorgung |
| Hautpflege | ja  nein |
| Physiotherapeutische Maßnahmen  (Bewegungsübungen, Atemtherapie, etc.) | |
| Aufklärung und Schulung | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bewegungseinschränkungen** | |
| Schulter | Ellenbogen |
| Hand/ Finger | Hüfte |
| Knie | Fuß/Zehen |
| Sonstiges |  |

**Quelle: https://www.arfonphysiotherapy.co.uk/holding\_page.html**

|  |  |
| --- | --- |
| **Umfangmessung** | |
| **Oberarm** |  |
| Messung 10 cm proximal des radialen Epicondylus | rechts  links        cm       cm |
| **Unterarm** | |
| Messung 10 cm distal des radialen Epicondylus | rechts  links        cm       cm |
| **Oberschenkel** | |
| Messung 10 cm proximal des Patellaoberrandes | rechts  links        cm       cm |
| **Unterschenkel** | |
| Messung 10 cm distal der Tuberositas tibiae | rechts  links        cm       cm |
| Einseitig | Beidseitige Differenz |
| **Stadium** | |
| 0 (subklinisch) | 2 (derbes Ödem) |
| 1(weiches Ödem) | 3 (hartes Ödem) |
| **Hautveränderungen, Fibrosen, Narben** | |
| ja | nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Heil-/ Hilfsmittelverordnung für** | |
| Verbandsmaterial | Lymphkompressionsstrumpf |

|  |
| --- |
| **Beurteilung der Zielerreichung nach Ende dieser Behandlungsserie am:** |
| Therapieziel vollständig nach       Einheiten  erreicht.  Therapieabbruch wegen:  Therapieziel teilweise erreicht, Folgeverordnung  erbeten. |
| Hinweise für die Zuweiserin/den Zuweiser: |

|  |  |
| --- | --- |
| Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers | **Absender**: (Datum, Name und Stempel) |