

Lymphologische Dokumentation

Vorname/Name des Patienten: _____ **Geb. Datum:** _____

Verordnung vom: Behandlung von: bis:

Maßnahmen lt. Rezept : MLD Kompressionsverband KG/ÜB

Diagnose:
.....

Ödembezogener Befund:

Ödemkonsistenz weich hart Ödemausprägung distal zentral
Dellebildung möglich Ja Lymphostatische Fibrose Ja Hautveränderungen Ja
Stemmer'sches Zeichen positiv Ja
Schmerzen Ja Beweglichkeit eingeschränkt Ja

Umfangsmessung/en: Bein Arm 1. ::::Vor erster Behandlung 2. ::::Ende der Therapie

Vorfuß / Handfläche	1.	2.
Knöchel / Handgelenk	1.	2.
Unterschenkel / Unterarm	1.	2.
Oberschenkel Oberarm	1.	2.

Besonderheiten:
.....

Prognostische Einschätzung: Ödemzustand kann verbessert werden
Ödemzustand kann gehalten werden
Sekundärschäden können vermeiden werden

Weitere Therapiemaßnahmen aus physiotherapeutischer Sicht notwendig:

Nein Ja

Wenn ja, Begründung:

Ggf. folgende Änderungen:

Datum

Unterschrift

Praxisstempel