

Bericht des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Lymphologisches Dokumentationsblatt - Bein

Vorname/ Name des Patienten:.....

Geb.Dat.:.....

Verordnung vom:..... Behandlung vom:..... bis:.....

Maßnahmen lt. Rezept: **MLD**  **Kompressionsverband**  **KG/ÜB**

**Diagnose:**.....

**Ödembezogener Befund:**

**Ödemkonsistenz:** weich  hart  **Ödemausprägung:** proximal  distal

**Dellenbildung möglich** Ja  **Lymphostatische Fibrose**  **Hautveränderungen**

**Stemmersches Zeichen** positiv  negativ

Schmerzen ja  Beweglichkeit eingeschränkt ja

**Umfangsmessung rechts/ links** 1. Vor/ 2. Ende der Therapie

Zehengrundgelenk 1...../.....cm 2...../.....cm

Fußrücken 1...../.....cm 2...../.....cm

Fessel 1...../.....cm 2...../.....cm

KGS minus 10cm 1...../.....cm 2...../.....cm

KGS minus 15cm 1...../.....cm 2...../.....cm

KGS plus 15cm 1...../.....cm 2...../.....cm

KGS plus 20cm 1...../.....cm 2...../.....cm

**Besonderheiten:**.....

**Prognostische Einschätzung:** Ödemzustand kann verbessert werden

Ödemzustand kann gehalten werden

Sekundärschäden können vermieden werden

Weitere Therapiemaßnahmen aus physiotherapeutischer Sicht notwendig:

Nein  Ja

Wenn ja, Begründung.....

Ggf. folgende Änderung.....

Datum:

Unterschrift:

Praxisstempel: