LYMPHOLOGICUM®
Deutsches Netzwerk Lymphologie e.V.

Praxisdaten der beteiligten Leistungserbringer

Praxisstempel

Therapeut
Befunddokumentationsbogen Teil 2
Dokumentation der physikalischen Therapie

Datum: ☐☐.☐☐.☐☐ (Tag . Monat . Jahr)

☐ Apparative Therapie
☐ Erstverordnung
☐ Folgeverordnung ☐ Folgeverordnung Nr.: _____
☐ KPE: _____ Anwendungen
☐ MLD: _____ Anwendungen
☐ Bandagematerial
☐ MKS: ☐ Rundstrick ☐ Flachstrick ☐ CCL 1 ☐ CCL 2 ☐ CCL 3 ☐ CCL 4

Nachname, Titel: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: ☐☐.☐☐.☐☐ (Tag . Monat . Jahr)

1. Umfangsvermessung

Datum der Umfangsvermessung/ Therapiebeginn: ☐☐.☐☐.☐☐ ❶
Datum der Umfangsvermessung/ Therapieende: ☐☐.☐☐.☐☐ (Tag . Monat . Jahr) ❷

☐ Maßblatt ausgefüllt (siehe Beiblatt)
☐ ausgefülltes Maßblatt mitgeschickt

Messung bei Aufnahme, nach 2 Wochen und 4 Wochen wiederholen

2. Hautbeschaffenheit

Arme:	☐ normal	☐ trocken	☐ fettig	☐ spröde/gerissen
Hände:	☐ normal	☐ trocken	☐ fettig	☐ spröde/gerissen
Beine:	☐ normal	☐ trocken	☐ fettig	☐ spröde/gerissen
Füße:	☐ normal	☐ trocken	☐ fettig	☐ spröde/gerissen
Hautveränderungen feststellbar:	☐ ja	☐ nein		

Befund: _____

3. Physikalischer Untersuchungsbefund:

Ödemkonsistenz:	☐ weich	☐ hart	Ödemkonsistenz:	☐ distal ☐ zentral
Dellenbildung möglich:	☐ ja	☐ nein	Fibrosierung:	☐ ja ☐ nein
Beweglichkeit:	☐ normal	☐ eingeschränkt	ROM:	☐ ° (Grad nach NN Methode)
Stemmersches Zeichen:	☐ ja	☐ nein		

Weitere Befundangaben: _____

Prognostische Einschätzung:

☐ Ödemzustand kann verbessert werden ☐ Ödemzustand kann gehalten werden ☐ Sekundarschäden können vermieden werden
☐ Umstellung/Weiterbehandlung notwendig

Begründung: _____

© copyright LYMPHOLOGICUM

unter Mitwirkung der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.

4. NRS Schmerzskala

Geringe Schmerzen — Mittelstarke Schmerzen — Starke Schmerzen

Keine Schmerzen										Stärkste vorstellbare Schmerzen
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Keine Schmerzen | Schmerzt ein wenig | Schmerzt ein wenig mehr | Schmerzt noch mehr | Schmerzt sehr stark | Schmerzt extrem

5. Aufklärung: (durchgeführt ankreuzen)

☐ Bandagematerial ☐ Bandagierung ☐ Selbstbandagierung ☐ Hautpflege ☐ Info-Blatt ausgehändigt

☐ Aufklärung zu entstauenden Übungen ☐ Aufklärung über Sport

6. Bandagematerial:

☐ Material ausgegeben am: ☐☐.☐☐.☐☐ (Tag . Monat . Jahr)

☐ Material zurück erhalten am: ☐☐.☐☐.☐☐ (Tag . Monat . Jahr)

☐☐ Schlauchverband	☐☐ Polsterwatte	☐☐ Watte	☐☐ Mullbinde	☐☐ Klebeband
☐☐ Kurzzug 6cm: ☐ Stück		☐☐ Kurzzug 8cm: ☐ Stück		☐☐ Kurzzug 10cm: ☐ Stück
☐☐ Kurzzug 12cm: ☐ Stück		☐☐ Langzug 8cm: ☐ Stück		☐☐ Langzug 10cm: ☐ Stück
☐☐ Langzug 12cm: ☐ Stück		☐☐ Langzug 20cm: ☐ Stück		☐☐ Nierchen: ☐ Stück

☐☐ Leibbinde 30 cm

☐☐ Andere Polstermaterialien _____

☐☐ Sonstiges: _____

7. Unterschrift des Patienten:

☐ Ich bestätige, dass ich darüber informiert wurde, dass das von _____ zur Verfügung gestellte Bandagematerial in vollem Umfang in Form von neuwertigem, original verpacktem Bandagematerial zurückgegeben werden muss. Ansonsten behalten wir uns vor, das Bandagematerial privat in Rechnung zu stellen.

☐ Ich bevollmächtige _____ einmalig in meinem Auftrag Rezepte/Verordnungen bei meinem Arzt anzufordern, die für meine weitere Therapie erforderlich sind.

☐ Der Weitergabe an einen Leistungserbringer (Sanitätshaus/Apotheke) stimme ich ebenfalls zu.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten

8. Behandlungsverlauf: (zur Rückmeldung an den behandelnden Arzt)

9. Hautbeschaffenheit / Pflege

☐ Hautbeschaffenheit überprüft ☐ Abfrage von 2 zur Hautbeschaffenheit übernehmen

☐ medikamentöse Therapie erforderlich/Rezept ausgestellt ☐ nichtmedikamentöse Behandlung empfohlen

10. Einschätzung der Patienten-Compliance:

☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ schlecht

11. Empfehlung an:

☐ Patient: _____

☐ Arzt: _____

☐ Rezept/VO für: _____

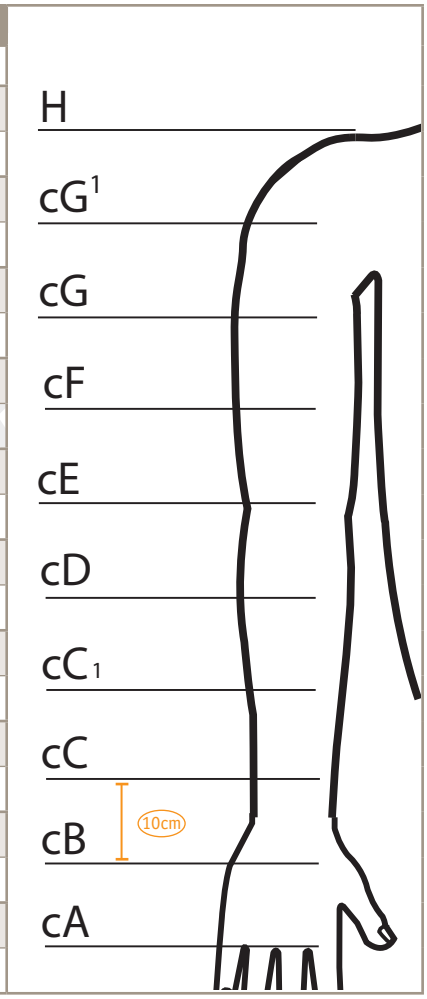
☐ Apparative Therapie: _____

© Copyright LYMPHOLOGICUM

Therapeut
Befunddokumentationsbogen Teil 2
Dokumentation der physikalischen Therapie

zu 1. Umfangsvermessung (Arm)

ARM										
Maßpunkte		1	+ -	2	+ -	3	+ -	4	+ -	5	+ -
H	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
G1	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cG	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cF	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cE	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cD	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cC1	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cC	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cB	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cA	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0



1 = Nagelwurzel der Großzehe bzw. des Mittelfingers, dann in 10cm-Abständen nach proximal messen

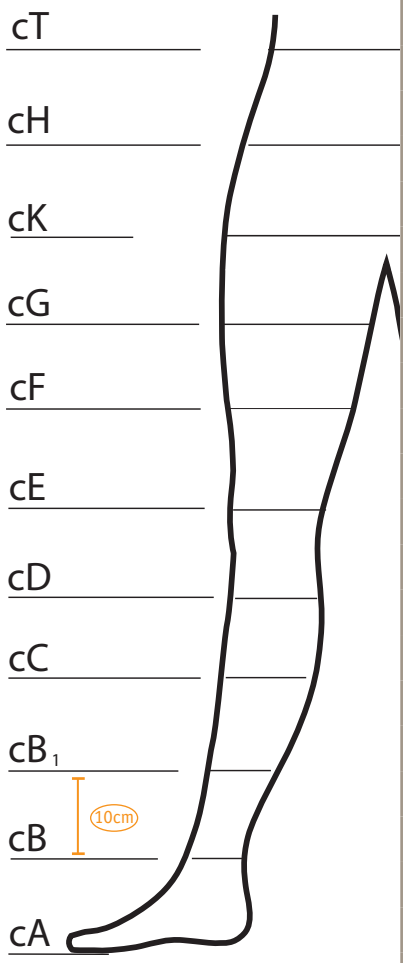
copyright IMPULOGIA

LYMPHOLOGICUM®
Deutsches Netzwerk Lymphologie e.V.

Therapeut
Befunddokumentationsbogen Teil 2
Dokumentation der physikalischen Therapie

zu 1. Umfangsvermessung (Bein)

BEIN											
Maßunkte		1	+ -	2	+ -	3	+ -	4	+ -	5	+ -
cT	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cH	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cK	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cG	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cF	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cE	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cD	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cC	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cB_1	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cB	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
cA	links		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
	rechts		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0



1 = Nagelwurzel der Großzehe bzw. des Mittelfingers, dann in 10cm-Abständen nach proximal messen

© Copyright LYMPHOLOGICUM