

QUALITÄTSSICHERUNG PATIENTENVERSORGUNG

ZUSTANDSERHEBUNG FÜR DIE LYMPHOLOGISCHE KOMPRESSIONSSTRUMPFVERSORGUNG

1. Versorgendes Haus

Name, Sachbearbeiter / in

Firmenstempel

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie vor dem Ausfüllen der nachfolgenden Angaben die Datenschutzrichtlinien Ihres Unternehmens.

2. Angaben zum Patient

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

männlich

weiblich

Beruf: _____

überwiegend stehende Tätigkeit

überwiegend sitzende Tätigkeit

Körpergewicht: _____ Körpergröße: _____

3. Angaben zur Therapie

Akutbehandlung in der Klinik vom: _____ bis: _____

Entlassung am: _____

Anzahl der täglichen Lymphdrainagen: _____

Ambulante Lymphdrainagen verordnet (Anzahl): _____

Beginn / Intervall von: _____ bis: _____

Verträglichkeit der Bandagierung (Höhe): gering 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 hoch

Diagnose laut Verordnung: _____

4. Versorgungsrelevante Zweiterkrankung, Kontraindikationen oder Therapien

Herz-Kreislaufkrankungen welche: _____

Atemwegserkrankungen welche: _____

Hauterkrankungen welche: _____

Allergien welche: _____

Verschlusskrankheit (arteriell / venös) welche: _____

Ulcus wo lokalisiert: _____

Lähmungen welche: _____

Erysipel wo / wann: _____

Weitere Hinweise: _____

Rücksprache mit dem Arzt erfolgt, am (Datum): _____

5. Bisherige Versorgung

Monat und Jahr der letzten Versorgung: _____

Welcher Hersteller: _____

Welche Ausführung: _____ Welche Ccl: _____

Bisherige Compliance des Patienten:

sehr gut

gut

befriedigend

schlecht

6. Palpationsbefund / Sichtbefund, positives Stemmersches Zeichen

positives Stemmersches Zeichen

Ödemlokalisierung:



7. Hautbild

Hautempfinden (Druck):

normal

sensibel

reduziert

Transplantationen:

ja

nein

Hautverfärbungen:

ja

nein

Hauttemperatur:

normal

warm / heiß

kühl

Hautfeuchtigkeit:

normal

trocken

fettig

8. Ödemkonsistenz

Weiche Konsistenz

Verhärtet

Datum

Medizinprodukteberater / in