

UNTERSUCHUNGS- und BEHANDLUNGSPLAN FÜR LYMPHÖDEM

| | |
|---|--|
| VSNR: _____ Patient/in: _____ Titel: _____ Familienname: _____ Vorname: _____ Adresse: _____ | VSNR: _____ Versicherte/r: _____ Titel: _____ Familienname: _____ Vorname: _____ Adresse: _____ |
|---|--|

| | |
|---|--|
| Tagesrhythmik Die Schwellung nimmt über den Tag zu (Am Morgen relativ gering, am Abend deutlich) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Schwellung ist im Tagesverlauf unverändert ausgeprägt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Inspektion und Palpationsbefund Ödem: weich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ödem: eindrückbar, Dellen-bildend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ödem: derb <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein „Orangenhaut“ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Haut: druck- und/oder kneifdolent <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Haut: gerötet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Haut: Hyperpigmentiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Haut: überwärmt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Umfangdifferenz obere Extremität Oberarm > 1 cm (Messung: 10 cm proximal des radialen Epicondylus) <input type="checkbox"/> rechts: <input type="checkbox"/> links:cmcm Unterarm > 1cm (Messung: 10 cm distal des radialen Epicondylus) <input type="checkbox"/> rechts: <input type="checkbox"/> links:cmcm Lokalisation der Schwellung Nur Hand <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Nur Unterarm <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Nur Oberarm <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Hand plus Unterarm <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Hand plus Unterarm plus Oberarm <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | Umfangdifferenz untere Extremität Oberschenkel > 1 cm (Messung: 10 cm proximal des Patellaoberrandes) <input type="checkbox"/> rechts: <input type="checkbox"/> links:cmcm Unterschenkel > 1 cm (Messung: 15 cm distal der Tuberositas tibiae) <input type="checkbox"/> rechts: <input type="checkbox"/> links:cmcm Lokalisation der Schwellung Nur der Fuß <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Nur Sprunggelenk <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Nur Unterschenkel <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Nur Knie <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Nur Oberschenkel <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Fuß plus Sprunggelenk <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Fuß plus Sprunggelenk plus Unterschenkel <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Fuß plus Sprunggelenk plus Unterschenkel plus Knie <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Fuß plus Sprunggelenk plus Unterschenkel plus Knie plus Oberschenkel <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Stemmerzeichen positiv <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Beurteilung Wahrscheinlich kein Lymphödem sind <input type="checkbox"/> Isolierte Gelenkschwellungen <input type="checkbox"/> nur proximale lokalisierte Schwellungen <input type="checkbox"/> Gleichförmige Schwellungen bds <input type="checkbox"/> „Orangenhaut“ <input type="checkbox"/> druck- und kneifdolente Haut <input type="checkbox"/> weiches, Dellen-bildendes Ödem <input type="checkbox"/> deutliche Tagesrhythmik der Schwellung <input type="checkbox"/> Stemmerzeichen negativ <input type="checkbox"/> bei gemischten Ödemen der unteren Extremitäten (= V.a. begleitendes Lymphödem bei anderen Ödemursachen) zur Abklärung: Zuweisung zur Lymphszintigraphie |
|---|--|

DIAGNOSE/N laut Verordnung:

Therapiemaßnahmen:

- Manuelle Lymphdrainage inkl. Kompressionsverband (mind. 45 min) bei primärem oder sekundärem Lymphödem, tägliche Durchführung (5x pro Woche)
- Manuelle Lymphdrainage ohne Kompressionsverband (mind. 30 min) bei Lymphödem nach Neck Dissection, Lymphödem im Vulva- oder Skrotalbereich, tägliche Durchführung (5x pro Woche)
- Manuelle Lymphdrainage inkl. Kompressionsverband (mind. 60 min) bei VOLUMINÖSEM primärem oder sekundärem Lymphödem der UNTEREN Extremitäten, tägliche Durchführung (5x pro Woche)
- Entstauende Bewegungstherapie einzeln
- Heil-/Hilfsmittel-Verordnung für Verbandmaterial/Bandagen
- Heil-/Hilfsmittel-Verordnung für Lymphkompressionsstrumpf

| | |
|--|-------------------------|
| Name und Adresse der verordnenden Ärztin/ des verordnenden Arztes | |
| | |
| Datum | Unterschrift/Stampiglie |

Name und Adresse der/des physiotherapeutischen/physikalischen-medizinischen Vertragspartnerin/-partners

| | |
|-------|-------------------------|
| | |
| Datum | Unterschrift/Stampiglie |

 Bewilligungsvermerk: Bewilligt abgelehnt