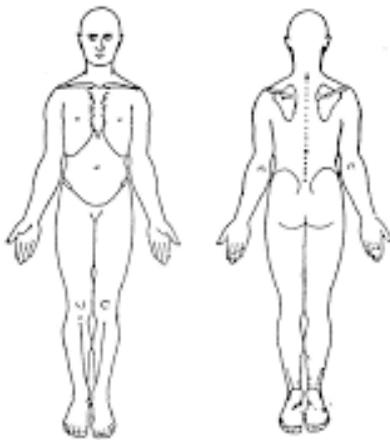


KPE - Behandlungsplan

Patient/Patientin	Versicherter/Versicherte
VSNR: Titel/Familienname: Vorname: Adresse: zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin: Diagnose:	VSNR: Titel/Familienname: Vorname: Adresse:
<input type="checkbox"/> Erstverordnung	<input type="checkbox"/> Folgeverordnung Anzahl der vorangegangenen Behandlungen:



Quelle: https://www.arfonphysiotherapy.co.uk/holding_page.html

Bewegungseinschränkungen	
<input type="checkbox"/> Schulter	<input type="checkbox"/> Ellenbogen
<input type="checkbox"/> Hand/ Finger	<input type="checkbox"/> Hüfte
<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> Fuß/Zehen
<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Umfangmessung	
Oberarm	
Messung 10 cm proximal des radialen Epicondylus	<input type="checkbox"/> rechtscm <input type="checkbox"/> linkscm
Unterarm	
Messung 10 cm distal des radialen Epicondylus	<input type="checkbox"/> rechtscm <input type="checkbox"/> linkscm
Oberschenkel	
Messung 10 cm proximal des Patellaoberrandes	<input type="checkbox"/> rechtscm <input type="checkbox"/> linkscm
Unterschenkel	
Messung 10 cm distal der Tuberositas tibiae	<input type="checkbox"/> rechtscm <input type="checkbox"/> linkscm
<input type="checkbox"/> Einseitig	<input type="checkbox"/> Beidseitige Differenz
Stadium	
<input type="checkbox"/> 0 (subklinisch)	<input type="checkbox"/> 2 (derbes Ödem)
<input type="checkbox"/> 1 (weiches Ödem)	<input type="checkbox"/> 3 (hartes Ödem)
Hautveränderungen, Fibrosen, Narben	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Therapiemaßnahmen leitlinienkonform	
<input type="checkbox"/> Phase 1: Entstauungsphase	
<input type="checkbox"/> Phase 2: Erhaltungs- und Optimierungsphase	
<input type="checkbox"/> Anzahl der Therapieeinheiten: _____	
<input type="checkbox"/> Frequenz nach Bedarf	
<input type="checkbox"/> Begründung für Hausbesuch: _____	
<input type="checkbox"/> Anzahl der vorgesehenen Hausbesuche: _____	
Manuelle Lymphdrainage inkl. Kompressionstherapie	<input type="checkbox"/> 45 min <input type="checkbox"/> 60 min
Kompressionstherapie	<input type="checkbox"/> Bandagierung <input type="checkbox"/> Strumpfversorgung
Hautpflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Physiotherapeutische Maßnahmen (Bewegungsübungen, Atemtherapie, etc.)	
<input type="checkbox"/> Aufklärung und Schulung	

Heil-/ Hilfsmittelverordnung für	
<input type="checkbox"/> Verbandsmaterial	<input type="checkbox"/> Lymphkompressionsstrumpf

Beurteilung der Zielerreichung nach Ende dieser Behandlungsserie am:
<input type="checkbox"/> Therapieziel vollständig nach _____ Einheiten erreicht.
<input type="checkbox"/> Therapieabbruch wegen:
<input type="checkbox"/> Therapieziel teilweise erreicht, Folgeverordnung erbeten.

Hinweise für die Zuweiserin/den Zuweiser:

Absender: (Datum, Name und Stempel)