Bericht des Therapeuten an den verordnenden Arzt
Lymphologisches Dokumentationsblatt

Ggf. Patienten-Aufkleber

Vorname/Name des Patienten: .....

Geb. Dat.: .....

Verordnung vom: ..... **Behandlungen von**: ..... **bis:** .....

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

Diagnose: .....

Ödembezogener Befund:
Ödemkonsistenz weich ☐ hart ☐ Ödemausprägung distal ☐ zentral ☐
Dellenbildung möglich Ja ☐ Lymphostatische Fibrose Ja ☐ Hautveränderungen Ja ☐
Stemmer´sches Zeichen positiv Ja ☐
Schmerzen Ja ☐ Beweglichkeit eingeschränkt Ja ☐

Umfangsmessung/cm: Bein ☐ **Arm** ☐ **1. = vor erster Behandlung 2. = Ende der Therapie**

Vorfuß / Handfläche	1.	2. .....
Knöchel / Handgelenk	1.	2. .....
Unterschenkel /. Unterarm	1.	2. .....
Oberschenkel / Oberarm	1.	2. .....

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 Änderungen: .....

Datum: Unterschrift Praxisstempel