

Formular Nachweis der Kompressionstherapie

Herausgegeben von LIPOhelp®

Medizinisch geprüft durch Prof. Dr. med. Paul Heidekrüger

Formular zur ärztlichen/physiotherapeutischen Dokumentation

Dieses Formular dokumentiert die durchgeführte Kompressionstherapie als Teil der konservativen Behandlung vor der fachärztlichen Indikationsstellung zur Liposuktion bei Lipödem.



LIPOhelp® München

Praxis in der Au
Kühbachstraße 7
81543 München

+49 89 248 81-224

info@lipohelp.com

www.lipohelp.com

Bitte durch die verordnende Ärztin/den verordnenden Arzt oder die Physiotherapiepraxis ausfüllen.

Angaben zur Patientin

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Anschrift

Angaben zur ausstellenden Einrichtung

Praxis/Einrichtung

Anschrift

Behandlungszeitraum

Beginn der Kompressionstherapie

Ende bzw. aktueller Stand

Gesamtdauer

Art und Umfang der Versorgung

Art der Kompressionsversorgung (bitte angeben, z. B. Flachstrick-Kompressionsstrumpfhose, Oberschenkelstrümpfe, Armkompression)

☐ täglich

☐ mehrmals wöchentlich

☐ wöchentlich

☐ andere:

Bewertung durch behandelnde Einrichtung

☐ Trotz konsequent über den oben genannten Zeitraum durchgeführter Kompressionstherapie konnte keine ausreichende bzw. dauerhafte Linderung der lipödembedingten Beschwerden erreicht werden.

Ergänzende Anmerkungen

Bestätigung

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel der Einrichtung