

Bericht des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Lymphologisches Dokumentationsblatt - Arm

Vorname/ Name des Patienten:.....

Geb.Dat.:.....

Verordnung vom:..... Behandlung vom:..... bis:.....

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

Diagnose:.....

Ödembezogener Befund:

Ödemkonsistenz: weich hart **Ödemausprägung:** proximal distal

Dellenbildung möglich Ja **Lymphostatische Fibrose** **Hautveränderungen**

Stemmersches Zeichen positiv negativ

Schmerzen ja Beweglichkeit eingeschränkt ja

Umfangsmessung rechts/ links 1. Vor/ 2. Ende der Therapie

Fingergrundgelenk 1..... /.....cm 2...../.....cm

Handrücken 1..... /.....cm 2...../.....cm

Fessel 1..... /.....cm 2...../.....cm

Ellenbeuge minus 5 cm 1..... /.....cm 2...../.....cm

Ellenbeuge minus 10 cm 1..... /.....cm 2...../.....cm

Ellenbeuge plus 5cm 1..... /.....cm 2...../.....cm

Ellenbeuge plus 10cm 1..... /.....cm 2...../.....cm

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 Änderung.....

Datum:

Unterschrift:

Praxisstempel: