**KPE - Behandlungsplan**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient/Patientin**VSNR:      /      | **Versicherter/Versicherte**VSNR:      /      |
| Titel/Zuname:      Vorname:      Adresse:       | Titel/Zuname:      Vorname:      Adresse:       |
|  |  |
| zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin:       |  |
|  |  |
| Diagnose:       |  |
| [ ]  Erstverordnung | [ ]  Folgeverordnung  Anzahl der vorangegangenen Behandlungen:       |

|  |
| --- |
| **Therapiemaßnahmen leitlinienkonform** |
| [ ]  Phase 1: Entstauungsphase |
| [ ]  Phase 2: Erhaltungs- und Optimierungsphase  |
| [ ]  Anzahl der Therapieeinheiten:       |
| [ ]  Frequenz nach Bedarf |
| [ ]  Begründung für Hausbesuch: |
| [ ]  Anzahl der vorgesehenen Hausbesuche: |

****

|  |  |
| --- | --- |
| Manuelle Lymphdrainage inkl. Kompressionstherapie | [ ]  45 min[ ]  60 min |
| Kompressionstherapie | [ ]  Bandagierung[ ]  Strumpfversorgung |
| Hautpflege | [ ]  ja [ ]  nein |
| [ ]  Physiotherapeutische Maßnahmen (Bewegungsübungen, Atemtherapie, etc.) |
| [ ]  Aufklärung und Schulung |

|  |
| --- |
| **Bewegungseinschränkungen** |
| [ ]  Schulter | [ ]  Ellenbogen |
| [ ]  Hand/ Finger | [ ]  Hüfte |
| [ ]  Knie | [ ]  Fuß/Zehen |
| [ ]  Sonstiges |  |

**Quelle: https://www.arfonphysiotherapy.co.uk/holding\_page.html**

|  |
| --- |
| **Umfangmessung** |
| **Oberarm** |  |
| Messung 10 cm proximal des radialen Epicondylus | [ ]  rechts [ ]  links       cm       cm |
| **Unterarm** |
| Messung 10 cm distal des radialen Epicondylus | [ ]  rechts [ ]  links       cm       cm |
| **Oberschenkel** |
| Messung 10 cm proximal des Patellaoberrandes | [ ]  rechts [ ]  links       cm       cm |
| **Unterschenkel** |
| Messung 10 cm distal der Tuberositas tibiae | [ ]  rechts [ ]  links       cm       cm |
| [ ]  Einseitig | [ ]  Beidseitige Differenz |
| **Stadium** |
| [ ]  0 (subklinisch) | [ ]  2 (derbes Ödem) |
| [ ]  1(weiches Ödem) | [ ]  3 (hartes Ödem) |
| **Hautveränderungen, Fibrosen, Narben** |
| [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |
| --- |
| **Heil-/ Hilfsmittelverordnung für** |
| [ ]  Verbandsmaterial | [ ]  Lymphkompressionsstrumpf |

|  |
| --- |
| **Beurteilung der Zielerreichung nach Ende dieser Behandlungsserie am:** |
| [ ]  Therapieziel vollständig nach       Einheiten erreicht.[ ]  Therapieabbruch wegen:      [ ]  Therapieziel teilweise erreicht, Folgeverordnung erbeten. |
| Hinweise für die Zuweiserin/den Zuweiser:       |

|  |  |
| --- | --- |
| Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers | **Absender**: (Datum, Name und Stempel) |