

# Beiblatt gemäß Hilfsmittel-Richtlinie § 7 Abs. 2 zur ärztlichen Verordnung

VOM \_\_\_\_\_ (Datum) für:

Name	Vorname
Geburtsdatum	Krankenkasse

## Über flachgestrickte Kompressionssegmente im Rahmen der Therapie bei Lymphgefäßerkrankungen bzw. Zusätze / Zurichtungen der unteren Extremität

### Menge

- Paar \_\_\_\_\_
- Stück \_\_\_\_\_

### Varianten

- Kniestrumpf (AD)
- Oberschenkelstrumpf (AG)
- Strumpfhose (AT)
- Herrenhose (ATH) / offener / vertikaler Eingriff Hosenteil
- Umstandshose (ATU)
- Einbeinhose (ATE)
- BT (Legginghose)
- CT (Caprihose)
- ET / FT (Radlerhose)

### Kompression (CCL) 1 2 3 4

- |              |                          |                          |                          |                          |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Leibteil     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Linkes Bein  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rechtes Bein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Leibteil

- Kompressives Leibteil
- Offener Schritt / Stomaöffnung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hier Rezept anbringen.	
Geb.-nr.	Name, Vorname des Versicherten	BVG	Hilfsmittel
Geb.-pl.	geb. am	6	7
noctu		8	9
Sonstige	Kassen-Nr.	Zuzahlung	
Unfall	Versicherten-Nr.	Gesamt-Brutto	
Arbeitsunfall	Status	Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.	
	Vertragsarzt-Nr.	Faktor	
	VK gültig bis	Taxe	
	Datum	Bsp. 17.06.17.2008	
		Vertragsarztstempel	
<b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)			
Anzahl Strümpfe / Strumpfhose (1 Paar oder 1 Stück)			
ggf. Produktname			
a) erforderliche Kompressionsklasse (CCL 1 bis CCL 4)			
b) Länge: Kniestrumpf (AD), Oberschenkelstrumpf (AG)			
erforderlich: Vermerk „flachgestrickt nach Maß“			
genaue Indikation / Diagnose, individuelle Kontextfaktoren (ICD-10 Code)			
Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.2002)			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen			
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer		

### Befestigung und Abschlüsse

- Haftband
- Hüftbefestigung  links  rechts
- Schräge / Abschluss (proximal, laterale Erhöhung, Überhöhung Slipform)
- Gerader Abschluss
- Haftbandstück / Anti-Rutsch-Noppen (Haftbandstopper)
  - entlang Schräge  längs über „E“
  - längs hinten über Naht  auf Fußsohle

### Fuß

- Offen  Geschlossen
- Distaler schräger Vorfuß (Anatomischer Fuß)
- Hallux-Entlastungszone  links  rechts
- Unterfußverlängerung
- Softspitze

### Zehenkappe

- Zehenkappe in CCL  1  2  3

### Zusätze

- Links  Rechts
- Geschlossene Zehen  Offene Zehen
- Einzelne Zehenkappe
- Strumpf und Zehenkappe durchgestrickt
- An Strumpf angenäht

### Verschlüsse

- Reißverschluss Bein \_\_\_\_\_
- Reißverschluss Leibteil \_\_\_\_\_
- Klettverschluss Bein \_\_\_\_\_
- Klettverschluss Leibteil \_\_\_\_\_

### Silber

- links  rechts
- „Y“ bis „C“  „Y“ bis „D“  „Y“ bis „G“

### Zusätze

- Y-Einkehre (90° Ferse / T-Ferse / anatomisch abgewinkelter Fuß)
- Ellipsenform (anatomisch abgewinkeltes Knie, Funktionszone Knie)
- Oberbeinerhöhung (ventrolaterale Erhöhung)
- \_\_\_\_\_ cm porös
- Futterstoff \_\_\_\_\_

Bemerkung / Begründung (falls erforderlich):

Arzt:

Versorgender Fachhandel: