

Ärztliche Verordnung Kompressionsversorgungen

Personalien

Herr Frau

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

AHV-Nr:

Kostenträger:

Privat Krankenkasse IV SUVA

Diagnose



A-D
Waden



A-G
Schenkel



A-T
Strumpfhose



A-G Schenkel
mit Hüft-
befestigung



A-T
Strumpfhose
Maternity

- KKL 1
 KKL 2
 KKL 3
 KKL 4

- KKL 1
 KKL 2
 KKL 3
 KKL 4

- KKL 1
 KKL 2
 KKL 3

- KKL 2
 KKL 3

- KKL 1
 KKL 2

- re / li
 1 Stk. 2 Stk.

- 1 Paar 2 Paar

1 Paar 2 Paar

1 Paar 2 Paar

1 Paar 2 Paar

- Patient benötigt **individuell nach Mass** hergestellte Kompressionsstrümpfe (Modell oben ankreuzen)
 flachgestrickt mit Naht

An- und Ausziehhilfen

Gummihandschuhe Anziehhilfe Ausziehhilfe

Verordnende/r Ärztin/Arzt

Ort, Datum:

Unterschrift und Stempel:

Telefon:

Bitte um telefonische Rücksprache