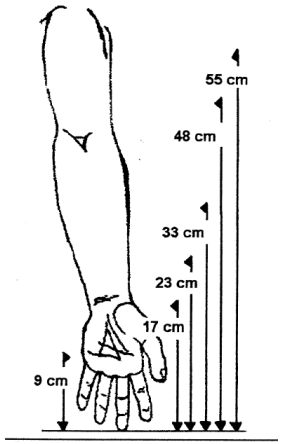
Basisbogen Lymphödem bei Mamma-Ca (für den behandelnden Frauenarzt)

Patientin: **OP – Datum:**_____ **Diagnose:** _____.

	Tumorklassifikation:	**Erstbehandelnde Klinik**	**Behandelnder Gynäkologe**	**Physiotherapiepraxis**
Name: _____	_____			
Vorname: _____	Axilladiss. SLN			
Geb.-Datum: _____	**Radiatio:** Nein			
Straße: _____	Restbrust Axilla			
Ort: _____	Thoraxwand supraclav.			

Datum																						
Messung	Prä - OP		Post – OP 7. Tag		3 Monate		6 Monate		12 Monate		18 Monate		24 Monate		30 Monate		36 Monate		48 Monate		60 Monate	
	re	li	re	li	re	li	re	li	re	li	re	li	re	li	re	li	re	li	re	li	re	li
P1 (9 cm)																						
P2 (17 cm)																						
P3 (23 cm)																						
P4 (33 cm)																						
P5 (48 cm)																						
P6 (55 cm)																						



MLD erforderlich									
Behandlungsdauer									
Behandlungshäufigkeit									
Wickeln nach Therapie									
Strumpfversorgung									
Fotodokumentation									
Bemerkungen									