

Beinlymphödem

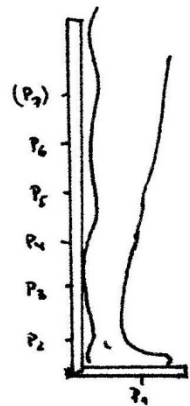
Patient:

Diagnose:

Geb.datum:

OPs: LK-Entfernung:	Hautbeschaffenheit:	Besonderheiten:	Behandelnder Arzt:	Praxisstempel/Unterschrift Therap.
	Lymphostatische Fibrosen:		Behandelnder Therapeut:	

Datum														
	Rechts	Links	Rechts	Links	Rechts	Links	Rechts	Links	Rechts	Links	Rechts	Links	Rechts	Links
P1 (12cm)														
P2 (8cm)														
P3 (30cm)														
P4 (43cm)														
P5 (58cm)														
P6 (70cm)														
(P7 (80cm))														



Dauer+ Frequenz Lymphdrainage: 30/45/60 min, ____x/Woche

Kompression: Wickeln/Strümpfe/Strumpfhose/Radler+Strümpfe

Sonstiges: