

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 (Caprihose),
 CT (Bermudahose),
 ET / FT (Radlerhose)

Kompression (CCL) 1 2 3 4

- Leibteil
 Linkes Bein
 Rechtes Bein

Leibteil

- Kompressives Leibteil
 Offener Schritt / Stomaöffnung

Befestigung und Abschlüsse

- Haftband
 Hüftbefestigung links rechts
 Schräge / Abschluss (proximal, laterale Erhöhung, Überhöhung Slipform)
 Gerader Abschluss
 Haftbandstück entlang Schräge (Haftbandstopper)
 Haftbandstück oberhalb Knie (Haftbandstopper)
 Haftbandstück hinten auf Naht (Haftbandstopper)

Fuß

- Geschlossen Distaler schräger Vorfuß (Anatomischer Fuß)
 Offen
 Softspitze
 Unterfußverlängerung

Zehenkappe

- Zehenkappe in CCL 1 2 3

Zusätze

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hier Rezept anbringen.	
Geburts- tra	Name, Vorname des Versicherten	BVG	Hilfs- mittel
Geb- pfl	geb. am	6	7
noctu	Kassen-Nr.	8	9
Sonstige	Versicherten-Nr.	Zuzahlung	
Unfall	Status	Gesamt-Brutto	
Arbeits- unfall	Vertragsarzt-Nr.	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	
	VK gültig bis	Faktor	
	Datum	Taxe	
		Bsp. 17.06.17.2008	
		Vertragsarztstempel	
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			
aul idem	Anzahl Strümpfe / Strumpfhose (1 Paar oder 1 Stück)		
aul idem	Produktname		
aul idem	a) erforderliche Kompressionsklasse (CCL 1 bis CCL 4)		
aul idem	b) Länge: Waden-Strumpf (AD), Schenkel-Strumpf (AG)		
	erforderlich: Vermerk „Maßanfertigung“ Flachgestrickt		
	genaue Indikation / Diagnose, individuelle Kontextfaktoren (ICD-10 Code)		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer		
Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.2002)			

Verschlüsse

- Reißverschluss Bein _____
 Reißverschluss Leibteil _____
 Klettverschluss Bein _____
 Klettverschluss Leibteil _____

Silber

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

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:

LyFaPoint GmbH Berlin

Praxisstempel/Unterschrift