Beiblatt gemäß Hilfsmittel-Richtline § 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 oberen Extremität

Menge

¨ Paar _____
¨ Stück _____

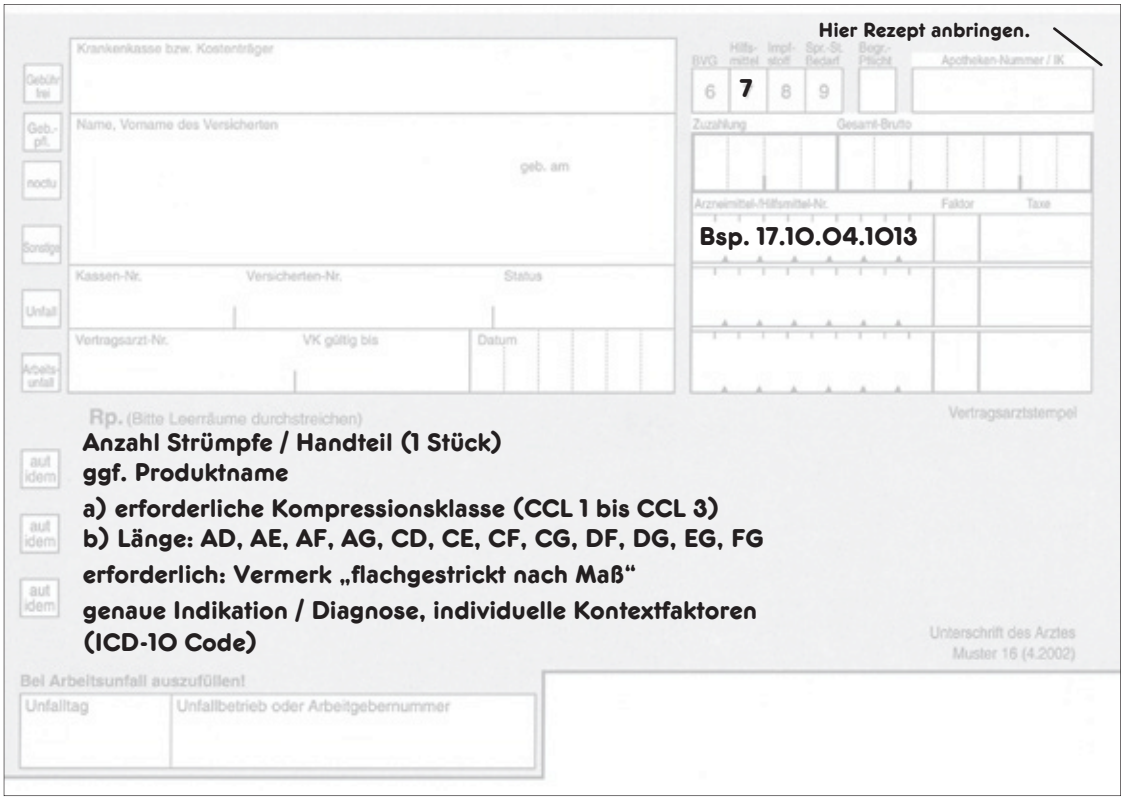
Varianten

¨ Handteil (AC1)
¨ Handschuh (AD)
¨ Handschuh (AE)
¨ Armbandage inkl. Handteil (AF)
¨ Armbandage inkl. Handteil (AG)
¨ Armbandage ohne Handteil (CD)
¨ Armbandage ohne Handteil (CE)
¨ Armbandage ohne Handteil (CF)
¨ Armbandage ohne Handteil (CG)
¨ Armstulpe (DF)
¨ Armstulpe (DG)
¨ Armstulpe (EG)
¨ Armstulpe (FG)

¨ einteilig ¨ mehrteilig

Hand

¨ Fingerling
¨ Handteil ohne Finger, mit Daumenöffnung
¨ Handteil ohne Finger, mit Daumenansatz
¨ Handteil mit kurzen Fingern und Daumenansatz
¨ Handteil mit langen Fingern und Daumenansatz
¨ Handteil mit geschlossenen Fingern



Pelotten / Lymphpad

¨ Handrücken/Handinnenfläche
¨ Armbeuge
¨ sonstige Position _____

Verschlüsse

¨ Reißverschluss Arm _____
¨ Klettverschluss Arm _____

Kompression (CCL)

	1	2	3
Hand	¨	¨	
Arm	¨		
¨ links	¨	¨	
¨ rechts	¨		

Befestigung und Abschlüsse

¨ Haftband
¨ Haftbandstück
¨ Anti-Rutsch-Noppen
¨ Schulterkappe (BH-Befestigung oder Schultergurt)
¨ Schräge Abschlüsse (flach, steil)

Zusätze

¨ Abwinklung bei „E“ / vermehrte Einkehren bei E
¨ _____ cm porös
¨ Futterstoff _____

Bemerkung / Begründung (falls erforderlich):

Arzt / Ärztin:

_____

_____

_____

Versorgender Fachhandel:

LVZ - Schmidt
Wilhelmstr. 12 34513 Waldeck
05634 9945911

IK 330603338

_____
Praxisstempel / Unterschrift / Datum