

Checkliste zur Kompressionsversorgung

Bei der Dokumentation ist grundsätzlich nach folgenden Vorgaben vorzugehen:

1. Archivierung der Verordnung
2. Archivierung des Maßblattes (bei Maßversorgungen)
3. Dokumentation des Versorgungsverlaufs (Zustandserhebung, Termine, Maßnahme, Anprobe, Anprobeergebnisse usw.) z. B. unter Verwendung eines
 - a. Anprobeprotokolls
 - b. Abgabeprotokolls

Beispiel für einen Zustandserhebungsbogen für die Kompressionsversorgung

Name, Vorname des Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Kostenträger: _____

Adresse: _____

Erstkontakt über: _____

ggf. Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Diagnose laut Verordnung: _____

Diagnose (ICD-Schlüssel) : _____

Nur bei lymphatischen Versorgungen: Blutdruck: _____ mmhg

1. Angaben zu vorherigen Versorgungen:

Monat und Jahr der letzten Vers.: _____

Durch Firma: _____

Bisherige Compliance des Patienten: Sehr gut Gut Befr. Schlecht

Serienversorgung A-A A-C1

A-D A-D

Maßanfertigung rundstrick A-G A-E

A-T C-G1

Maßanfertigung flachstrick Einbein A-G1

Radlerhose/Caprihose

Sonstiges: _____

2. Auszufüllen nur bei lymphatischen Versorgungen:

2.1. Angaben zur Therapie

Akutbehandlung in der Klinik vom : _____ bis: _____
 Entlassdatum: _____
 Anzahl der tägl. Lymphdrainagen: _____

Ambulante Lymphdrainagen verordnet: _____ Stück
 Beginn Intervall von : _____ bis: _____

Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

2.2 Versorgungsrelevante 2-Erkrankungen, Kontraindikationen oder Therapien

Bestehen bei Patienten

- Herz-Kreislaufkrankungen welche: _____
- Atemwegserkrankungen welche: _____
- Hauterkrankungen welche: _____
- Allergien welche: _____
- Verschlusskrankheiten venös/arteriell welche: _____
- Ulcus wo lok.: _____
- Lähmungen welche: _____
- Erysipel Wo: _____
Wann: _____
- Weitere Hinweise: _____

- Rücksprache mit Arzt erfolgt

3. Auszufüllen nur bei lymphatischen Versorgungen: Palpationsbefund, positives Stemmersches Zeichen

- Ödemlokalisierung**
- | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|----|---|------------|----|---|----|---|----------------|----|---|----|---|------------|
| Li | O | Re | O | Fuss | Li | O | Re | O | Zehen | | | | | |
| Li | O | Re | O | Fussrücken | Li | O | Re | O | Ferse | | | | | |
| Li | O | Re | O | US | | | | | | | | | | |
| Li | O | Re | O | OS | | | | | | | | | | |
| Li | O | Re | O | Becken | O | | | | Genitalbereich | | | | | |
| Li | O | Re | O | Rumpf | | | | | | | | | | |
| Li | O | Re | O | Schulter | | | | | | | | | | |
| Li | O | Re | O | Arm | Li | O | Re | O | Hand | Li | O | Re | O | Handrücken |
| Li | O | Re | O | Finger | | | | | | | | | | |
| Li | O | Re | O | Kopf | | | | | | | | | | |

Hautbild/Druckempfinden

- | | | | |
|-------------------|----------|------------|-------------|
| Hautempfinden | O Normal | O Sensibel | O reduziert |
| Transplantationen | O Ja | | |
| Hautverfärbung | O Ja | O Nein | |
| Hauttemperatur | O Kühl | O Warm | O Heiß |

Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

Ödemkonsistenz

Weiche Konsistenz

Verhärtet

fibrotisch

Datum: _____ Dokumentierende/r Mitarbeiter/in: _____

Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

Beispiel für ein Anprobeprotokoll phlebologische Kompressionsversorgung

Name, Vorname des Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Produkt: _____ KKL: _____

	<u>i.O.</u> (bitte per „x“ bestätigen)	Problem / Mangel	Bemerkung
Längen <u>Gesamtlänge</u>			
<u>Fußlänge</u>			
Druckempfinden des Patienten			
durch Beraterin			
Passform			
Materialverarbeitung			
Haltevorrichtung			
Sonstiges			

Weitere Vorgehensweise:

- Kompressionsbestrumpfung wird an Patienten übergeben
- Meldet sich bei Problemen innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe

Datum: _____

Datum

Unterschrift Berater

Unterschrift Patient

Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

Beispiel für ein Anprobeprotokoll Lymphologische Kompressionsversorgung untere Extremität

Name, Vorname des Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Produkt: _____ KKL: _____

	<u>i.O.</u> (bitte per „x“ bestätigen)	Problem / Mangel	Bemerkung
Längen <u>Gesamtlänge</u>			
<u>Fußlänge</u>			
Druckempfinden des Patienten			
durch Beraterin			
Anatomische Abschlüsse			
Passform <u>Knie</u>			<input type="checkbox"/> Kniekehlenkomresse
<u>Sprunggelenk</u>			
<u>Anat. Abschlüsse</u>			
<u>Leibteil b. Hosen</u>			
<u>Zehenkappe</u>			
Nahtqualität, Materialverarbeitung			
Haltevorrichtung			
Sonstiges			

Weitere Vorgehensweise:

- Kompressionsbestrumpfung wird an Patienten übergeben
- Meldet sich bei Problemen innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe

Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

- Wiedervorstellung am: _____ tel. Rücksprache am: _____
- Rücksendung an Hersteller

Datum

Unterschrift Berater

Unterschrift Patient

Checkliste (Wiedervorstellg./tel.R.):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rutschen | <input type="checkbox"/> Einschnürungen |
| <input type="checkbox"/> Stauungszeichen | <input type="checkbox"/> Reödematisierung |
| <input type="checkbox"/> alles in Ordnung | <input type="checkbox"/> Faltenbildung |
| <input type="checkbox"/> Maßkontrolle | |

Datum

Unterschrift Berater

Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

Beispiel für ein Anprobeprotokoll Lymphologische Kompressionsversorgung obere Extremität
Patientenname: _____

Produkt: _____ **KKL:** _____

	i.O. (bitte per x“ bestätigen)	Problem / Mangel	Bemerkung
Längen <u>Gesamtlänge</u>			
<u>Finger</u>			
<u>Handteil</u>			
Passform <u>Ellenbeuge</u>			
<u>Handgelenksbereich</u>			
<u>Anat. Abschlüsse</u>			
Sensibilität / Durchblutung d. Fingerkuppen (bei Handschuh)			
Druck Handrücken			O Pelotte hand- gelenksübergreifend
Material- / Nahtverarbeitung			
Haltevorrichtung			
Sonderversorgung (Reißverschluss, Klettband, u.a.)			
Sonstiges			

Weitere Vorgehensweise:

- Kompressionsbestrumpfung wird an Patienten übergeben
 Meldet sich bei Problemen innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe
 Wiedervorstellung am: _____ **O tel. Rücksprache am:** _____
 Rücksendung an Hersteller

Datum: _____

 Unterschrift Berater

 Unterschrift Patient

Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

Checkliste (Wiedervorstellg./tel.R.): Rutschen Einschnürungen

Stauungszeichen Reödematisierung Faltenbildung

alles in Ordnung

Maßkontrolle

Datum: _____

Unterschrift Berater

Beispiel für ein Abgabeprotokoll der lymphologischen Kompressionsversorgung

Patientename: _____

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift den Empfang der von mir bei [Sanitätshaus] in Auftrag gegebenen Kompressionsteile:

Die Lieferung erfolgt unter dem Eigentumsvorbehalt der vollständigen Bezahlung durch den Kostenträger.

Anzahl

- Zehenkappe _____
- Kompr. Socken _____
- Kniestrumpf _____
- Halbschenkelstrumpf _____
- Schenkelstrumpf _____
- Strumpfhose _____
- Einbeinhose _____
- Panty (Bermuda) _____
- Weste _____
- Kopf/Kinnbandage _____
- Kompresse _____
f. Kniekehle
- Kompresse _____
f. Mons Pubis

Anzahl

- Handschuh _____
- Armstrumpf _____
- Kompresse _____
f. Handrücken

Accessoires

- Anziehilfe
- Gummihandschuhe
- Hautcreme
- Waschmittel

Sonstiges

Nach meinem gegenwärtigen Empfinden ist die Passform der gelieferten Kompressionsteile gut. Sollte ich Mängel in der Passform bemerken, werde ich dies unverzüglich dem [Sanitätshaus _____] melden.

Im Beratungsgespräch wurde ich auf die Richtlinien für Ödembestrumpfung hingewiesen, sowie über die Wirkungsweise der unterschiedlichen Qualitäten (Rund-/Flachstrick) aufgeklärt.

Eine Anprobe wurde mit mir durchgeführt, dabei wurde ich in die Anziehtechnik sowie die Pflege der Bestrumpfung unterwiesen.

Um Laufmaschen und Beschädigungen des Gestricks zu vermeiden, wurde ich auf die entsprechende Nagelpflege hingewiesen. Die Bestrumpfung muss mit geeigneten Haushaltshandschuhen angezogen werden um Schäden (Laufmaschen) zu vermeiden und die Verteilung des Gestricks zu erleichtern.

Die Pflegehinweise/ Gebrauchsanweisung des Herstellers habe ich erhalten. Gemäß §32 SGB V sind Hilfsmittel zur Kompressionstherapie mit 10% Eigenanteil zuzahlungspflichtig, min. 5€, max. 10€.

Datum: _____ Unterschrift: _____

 Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.