# Bericht des Therapeuten an den verordnenden Arzt
# Lymphologisches Dokumentationsblatt

Ggf. Patienten-Aufkleber

**Vorname/Name des Patienten**: .....

**Geb. Dat.**: .....

**Verordnung vom**: ..... **Behandlungen von**: ..... **bis:** .....

**Maßnahmen lt. Rezept: MLD** ☐ **Kompressionsverband** ☐ **KG/ÜB** ☐

**Diagnose:** .....

**Ödembezogener Befund**:
Ödemkonsistenz weich ☐ hart ☐ Ödemausprägung distal ☐ zentral ☐
Dellenbildung möglich Ja ☐ Lymphostatische Fibrose Ja ☐ Hautveränderungen Ja ☐
Stemmer'sches Zeichen positiv Ja ☐
Schmerzen Ja ☐ Beweglichkeit eingeschränkt Ja ☐

**Umfangsmessung/cm: Bein ☐ Arm ☐ 1. = vor erster Behandlung 2. = Ende der Therapie**

| | | |
|---|---|---|
| Vorfuß / Handfläche | 1. ..... | 2. ..... |
| Knöchel / Handgelenk | 1. ..... | 2. ..... |
| Unterschenkel /. Unterarm | 1. ..... | 2. ..... |
| Oberschenkel / Oberarm | 1. ..... | 2. ..... |

**Besonderheiten**:

.....

.....

**Prognostische Einschätzung:**
Ödemzustand kann verbessert werden ☐
Ödemzustand kann gehalten werden ☐
Sekundärschäden können vermieden werden ☐

**Weitere Therapiemaßnahmen aus physiotherapeutischer Sicht notwendig:**

**Nein** ☐ **Ja** ☐

Wenn ja, Begründung: .....

ggf. folgende Änderungen: .....

Datum: Unterschrift Praxisstempel