

Ort, Datum: .....

Praxisstempel

.....  
.....  
.....  
.....

**Kleiner THERAPIEBERICHT  
Manuelle Lymphdrainage – Ödembehandlung**

Patientin / Patient: .....  
Diagnose: .....  
.....

Sehr geehrte/r Frau/Herr Dr. ....,

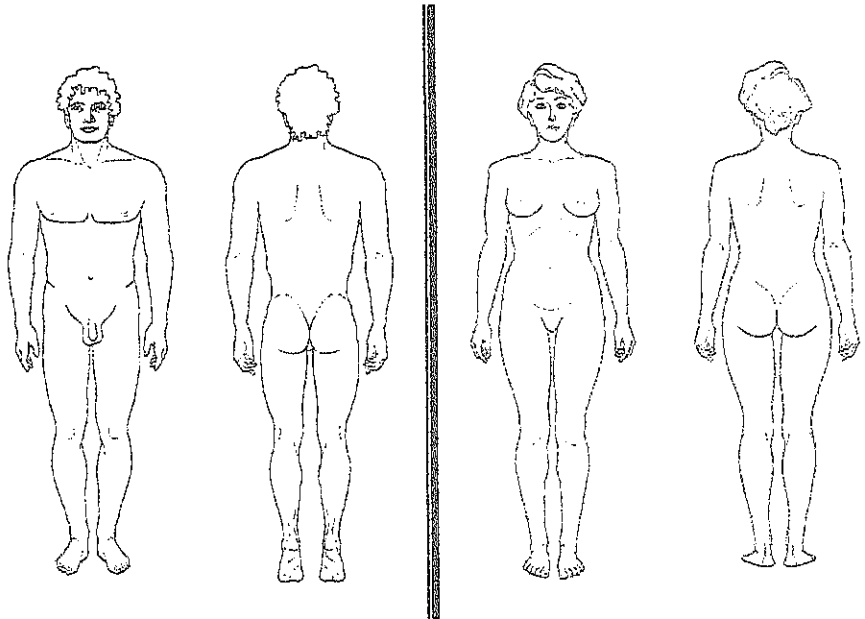
zunächst einmal danken wir Ihnen für die Verordnung Manueller Lymphdrainage bei oben angegebener/m Patientin / Patienten. Heute nun erlauben wir uns Ihnen nachfolgenden einen kurzen Therapiebericht hinsichtlich des bisherigen Behandlungsverlaufes zu überlassen.

**1. Behandlungsumfang**

- ..... x pro Woche
- ..... Min. Behandlungszeit
- Lymphologischer Kompressionsverband (LKV)
- Kompressionsbestrumpfung
- Es wird derzeit keinerlei Kompressionstherapie durchgeführt

## 2. Behandlungsaufbau / behandelte Körpergebiete

- Hals / Basisbehandlung
- Gesicht
- Nacken
- Brust (linke Seite)
- Brust (rechte Seite)
- Rücken (linke Seite)
- Rücken (rechte Seite)
- Arm / Arme
- Bauch
- Lende
- Bein / Beine (ventral)
- Bein / Beine (dorsal)



## 3. Weitere Maßnahmen

- Atemübungen (auch als sogenannte Hausaufgaben vermittelt)
- Bewegungsübungen zur Ökonomisierung der Muskel- und Gelenkpumpe (auch als Hausaufgaben vermittelt)
- Aushändigung des Ödemmerkblattes, einschl. notwendiger Erläuterungen
- Eingehende Informationen zum Stellenwert der Kompressionstherapie erteilt.

## 4. Behandlungsergebnis (Messergebnisse beigefügt Ja Nein)

Um Ihnen die Möglichkeit einzuräumen in Kenntnis der bislang erreichten Entstauungsergebnisse zu sein, d. h. was hat die bisherige Therapie konkret an Ödemreduktion gebracht, werden in unserer Praxis im Zuge der Behandlung von Lymphödemen regelmäßig exakte Umfangmessungen durchgeführt.

- Zufriedenstellend

Jedoch Weiterbehandlung wie bisher notwendig (einschl. lymphologischer Kompressionsverband (LKV) bzw. Kompressionsstrumpf)

- Nicht zufriedenstellend

Weiterbehandlung zwingend notwendig, es wird eine vorübergehende Verkürzung der Behandlungsintervalle vorgeschlagen.

- Es wird eine Erhöhung der Behandlungszeit auf 60 Minuten vorgeschlagen (einschl. lymphologischer Kompressionsverband (LKV))
- Es wird die stationäre Aufnahme in eine lymphologische Klinik zur konsequenten Entstauungstherapie vorgeschlagen.
- Es wird ein ärztliches Gespräch mit der Patientin bzw. dem Patienten im Hinblick auf die Intensivierung der Mitarbeit vorgeschlagen.

5. **Sonstiges** (z. B. Komplikationen / Therapie / Unterbrechungen usw.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. **Ansprechpartner/in bei evtl. Nachfragen**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_

Sollten sich auf der Basis dieses Therapieberichtes Ihrerseits weitere Fragen ergeben, so bitten wir Sie sich mit uns in Verbindung zu setzen. Unser Ansinnen ist es stets dafür Sorge zu tragen, dass den Kosten, die durch diese Behandlung zweifelsfrei entstehen, auch entsprechender Nutzen gegenübersteht. Dass dazu unbedingt auch der gegenseitige Austausch von Informationen gehört, hat uns zu diesem Therapiebericht veranlasst.

Wir danken Ihnen für die bisherige vertrauensvolle Zusammenarbeit, die wir gern fortsetzen möchten.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift / Praxisstempel

Stempel der Klinik/Praxis

# Messblatt bei Ödem(en) an den Extremitäten – Umfang (cm) (vereinfachtes Verfahren)

Patient/in: Name, Vorname ..... Geburtsdatum .....

Ödematisierte Extremitäten Arm:  links  rechts Bein:  links  rechts

Messpunkte (Messpunkte exakt festlegen)	Distanz von der Fingerspitze		Distanz von der Fußsohle	
	Unterarm:		Unterschenkel:	
	distal (1) ..... cm		distal (1) ..... cm	
	distal (2) ..... cm		distal (2) ..... cm	
	Oberarm:		Oberschenkel:	
	proximal (1) ..... cm		proximal (1) ..... cm	
	proximal (2) ..... cm		proximal (2) ..... cm	

Umfang (cm)	Erstmessung		1. Kontrollmessung		Änderung		2. Kontrollmessung		Änderung		3. Kontrollmessung		Änderung		
	Datum: .....	li.	re.	Datum: .....	li.	re.	Datum: .....	li.	re.	Datum: .....	li.	re.	Datum: .....	li.	re.
distal (1)															
distal (2)															
proximal (1)															
proximal (2)															

Überweisende/r Ärztin/Arzt wurde am ..... am ..... , am ..... über das Messergebnis informiert.

Therapeut/in ..... Überweisende/r Ärztin/Arzt .....