

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 **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

Kompression (ccl) 1 2 3

- Hand
 Arm
 links
 rechts

Pelotten / Lymphpad

- Handrücken/Handinnenfläche
 Armbeuge
 sonstige Position _____

Befestigung und Abschlüsse

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

Verschlüsse

- Reißverschluss Arm _____
 Klettverschluss Arm _____

Zusätze

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

Bemerkung / Begründung (falls erforderlich):

Arzt / Ärztin:

Versorgender Fachhandel:

Hier Rezept anbringen.

Gebühr bei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Hilfsmittel	Impfstoff	Sp. Bedarf	Pflicht	Apotheken-Nummer / BK
Geb.-pl.	Name, Vorname des Versicherten	6	7	8	9	
noctu	geb. am	Zuzahlung		Gesamt-Brutto		
Sonstige	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		
Unfall	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	Bsp. 17.10.04.1013		
Arbeitsunfall				Faktor		
				Taxe		
				Vertragsarztstempel		

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
Anzahl Strümpfe / Handteil (1 Stück)
 ggf. Produktname
 a) **erforderliche Kompressionsklasse** (CCL 1 bis CCL 3)
 b) **Länge:** AD, AE, AF, AG, CD, CE, CF, CG, DF, DG, EG, FG
 erforderlich: **Vermerk „flachgestrickt nach Maß“**
genaue Indikation / Diagnose, individuelle Kontextfaktoren (ICD-10 Code)

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (4.2002)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
-----------	--------------------------------------