

Name des Patienten (Aufkleber)

Name der Einrichtung (Stempel)

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_ Zustandsbezogene Diagnose: \_\_\_\_\_

Allgemeine Hinweise für den Patienten: \_\_\_\_\_

Kompressionsart: \_\_\_\_\_

Verwendetes Material, Mehrkomponentensysteme, adaptive Bandagen usw. und Polster

Material	Unterpolsterung mit	Pelottenanlage wo	Menge

Wechselintervall: \_\_\_\_\_

Anlage der Binden am Fuß wie: \_\_\_\_\_

Besonderheiten (Zehenwickel o. ä.): \_\_\_\_\_

Bemerkungen und weitere Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner bei Rückfragen \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Mit dem Arzt besprochen  
Stempel und Unterschrift des Arztes

Datum: \_\_\_\_\_

Verantwortlich: \_\_\_\_\_

Erstellt/Revidiert: Muster	Überprüft/Freigegeben: -----
Datum: 10.01.2018	Datum: 10.01.2018