Wiener Gebietskrankenkasse

Wienerbergstraße 15–19 · Postfach 6000 · 1100 Wien · Telefon: + 43 1 601 22-0 · **www.wgkk.at**
Kundenbetreuungszeiten: Mo bis Fr von 07.00 Uhr bis 14.30 Uhr · DVR: 0023957 · UID-Nr.: ATU 16250401

UNTERSUCHUNGS- und BEHANDLUNGSPLAN FÜR LYMPHÖDEM

VSNR: _____	**VSNR:** _____
Patient/in:	**Versicherte/r:**
Titel: _____	**Titel:** _____
Familien- oder Nachname/n: _____	**Familien- oder Nachname/n:** _____
Vorname/n: _____	**Vorname/n:** _____
Adresse: _____	**Adresse:** _____

Tagesrhythmik	
Die Schwellung nimmt über den Tag zu (Am Morgen relativ gering, am Abend deutlich)	☐ ja ☐ nein
Die Schwellung ist im Tagesverlauf unverändert ausgeprägt	☐ ja ☐ nein
Inspektion und Palpationsbefund	
Ödem: weich	☐ ja ☐ nein
Ödem: eindrückbar, Dellen-bildend	☐ ja ☐ nein
Ödem: derb	☐ ja ☐ nein
„Orangenhaut“	☐ ja ☐ nein
Haut: druck- und/oder kneifdolent	☐ ja ☐ nein
Haut: gerötet	☐ ja ☐ nein
Haut: Hyperpigmentiert	☐ ja ☐ nein
Haut: überwärmt	☐ ja ☐ nein
Umfangdifferenz obere Extremität	
Oberarm > 1 cm (Messung: 10 cm proximal des radialen Epicondylus)	☐ rechts: ....cm ☐ links: ....cm
Unterarm > 1cm (Messung: 10 cm distal des radialen Epicondylus)	☐ rechts: ....cm ☐ links: ....cm
Lokalisation der Schwellung	
Nur Hand	☐ rechts ☐ links
Nur Unterarm	☐ rechts ☐ links
Nur Oberarm	☐ rechts ☐ links
Hand plus Unterarm	☐ rechts ☐ links
Hand plus Unterarm plus Oberarm	☐ rechts ☐ links

Umfangdifferenz untere Extremität	
Oberschenkel > 1 cm Messung: 10 cm proxial des Patellaoberrandes)	☐ rechts: ....cm ☐ links: ....cm
Unterschenkel > 1 cm (Messung: 15 cm distal der Tuberositas tibiae)	☐ rechts: ....cm ☐ links: ....cm
Lokalisation der Schwellung	
Nur der Fuß	☐ rechts ☐ links
Nur Sprunggelenk	☐ rechts ☐ links
Nur Unterschenkel	☐ rechts ☐ links
Nur Knie	☐ rechts ☐ links
Nur Oberschenkel	☐ rechts ☐ links
Fuß plus Sprunggelenk	☐ rechts ☐ links
Fuß plus Sprunggelenk plus Unterschenkel	☐ rechts ☐ links
Fuß plus Sprunggelenk plus Unterschenkel plus Knie	☐ rechts ☐ links
Fuß plus Sprunggelenk plus Unterschenkel plus Knie plus Oberschenkel	☐ rechts ☐links
Stemmerzeichen positiv	☐ rechts ☐links

Beurteilung

Wahrscheinlich kein Lymphödem sind

- ☐ Isolierte Gelenkschwellungen
- ☐ nur proximale lokalisierte Schwellungen
- ☐ Gleichförmige Schwellungen bds
- ☐ „Orangenhaut“
- ☐ druck- und kneifdolente Haut
- ☐ weiches, Dellen-bildendes Ödem
- ☐ deutliche Tagesrhythmik der Schwellung
- ☐ Stemmerzeichen negativ
- ☐ bei gemischten Ödemen der unteren Extremitäten (= V.a. begleitendes Lymphödem bei anderen Ödemursachen) zur Abklärung: Zuweisung zur Lymphszintigraphie

DIAGNOSE/N laut Verordnung:

Therapiemaßnahmen:

- ☐ Manuelle Lymphdrainage inkl. Kompressionsverband (mind. 45 min) bei primärem oder sekundärem Lymphödem, tägliche Durchführung (5x pro Woche)
- ☐ Manuelle Lymphdrainage ohne Kompressionsverband (mind. 30 min) bei Lymphödem nach Neck Dissection, Lymphödem im Vulva- oder Skrotalbereich, tägliche Durchführung (5x pro Woche)
- ☐ Manuelle Lymphdrainage inkl. Kompressionsverband (nimd. 60 min) bei VOLUMINÖSEM primärem oder sekundärem Lymphödem der UNTEREN Extremitäten, tägliche Durchführung (5x pro Woche)
- ☐ Entstauende Bewegungstherapie einzeln
- ☐ Heil-/Hilfsmittel-Verordnung für Verbandmaterial/Bandagen
- ☐ Heil-/Hilfsmittel-Verordnung für Lymphkompressionsstrumpf

Name und Adresse der verordnenden Ärztin/ des verordnenden Arztes

Datum _____ Unterschrift/Stampiglie _____

Name und Adresse der/des physiotherapeutischen/physikalischen-medizinischen Vertragspartnerin/-partners

_____

_____

_____

Datum _____ Unterschrift/Stampiglie _____

Bewilligungsvermerk: ☐ Bewilligt ☐ abgelehnt

12/191.29.06.2010