****

**Ärztliche Verordnung Kompressionsversorgung**

**Personalien** □ Frau □ Herr

Vorname: Name

Geburtsdatum: AHV-Nr.

Kostenträger: □ Privat □ Krankenkasse □ IV □ SUVA

**Diagnose**

Ein Bild, das Text, Pflanze enthält.

Automatisch generierte Beschreibung Ein Bild, das Text, Pflanze enthält.

Automatisch generierte Beschreibung Ein Bild, das Text enthält.

Automatisch generierte Beschreibung Ein Bild, das Text, ClipArt enthält.

Automatisch generierte Beschreibung Ein Bild, das Text enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

A-D Waden A-D Ulcus Set A-G Schenkel A-T Strumpfhose A-T Maternity

□ KKL 1 □ 1 Set □ KKL 1 □ KKL 1 □ KKL 1

□ KKL 2 □ 2 Set □ KKL 2 □ KKL 2 □ KKL 2

□ KKL 3 □ KKL 3 □ KKL 3

□ KKL 4 □ KKL 4 □ KKL 4

□ 1 Paar □ 2 Paar oder □ 1 Stück □ 2 Stück □ rechts □ links

□ individuell nach Mass hergestellt (wird gewählt, wenn bei der computerunterstützten Messung mehr als zwei Masse abweichen)

□ nach Lipödem oder Lymphödem flachgestrickt nach Mass

**An- und Ausziehhilfen** □ Handschuhe □ Anziehhilfe □ Ausziehhilfe

**Verordnende/r Ärztin / Arzt**

Ort, Datum: Unterschrift und Stempel:

□ Telefon: □ bitte um telefonischen Rückruf

 Mitglied im Verband Orthorehasuisse (wir rechnen direkt mit IV, SUVA, MV, UV ab) Ein Bild, das Text, ClipArt, Vektorgrafiken enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Online Termin