

Ärztliche Verordnung Kompressionsversorgung

Personalien Frau Herr

Vorname: _____ Name _____

Geburtsdatum: _____ AHV-Nr. _____

Kostenträger: Privat Krankenkasse IV SUVA

Diagnose



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



Online Termin