



# Arzt Befunddokumentationsbogen Teil 1a Erhebung der Basisdaten

Praxisdaten der beteiligten Leistungserbringer

Praxisstempel

## 1. Anamnese (nur bei Erstuntersuchung und Veränderung auszufüllen)

Eigenanamnese:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Familienanamnese:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sozialanamnese:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beruf:

\_\_\_\_\_

Nachname, Titel:

Vorname:

Geburtsdatum:        
Tag Monat Jahr

Hausarzt: (wenn abweichend)

Beruf:

Krankenkasse:

Familienstatus:  ledig  verheiratet  
 in Partnerschaft  verwitwet

Beruflicher Status:  arbeitend  Rentner  
 ohne Arbeit  Invalide

## 2. Diagnose

Datum der Diagnosestellung:

Tag Monat Jahr

Lymphödem

Ödemstadium I  
 Ödemstadium II  
 Ödemstadium III

Lipödem

Ödemstadium I  
 Ödemstadium II  
 Ödemstadium III

## 3. Art des Ödems

Primäres Ödem

Sekundäres Ödem

OP am:

Tag Monat Jahr

Lymphknotenentnahme  
 Bestrahlung  
 Trauma/Verletzung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Lip-Lymphödem

Phleb-Lymphödem

(p)AVK

Phlebödem

Kardiogenes Stauungsödem

TNM-Tumorklassifikation:

T (Tumor)  T0  Tis/Ta  T1  T2  T3  T4  TX  
N (Lymphknoten)  N0  N1  N2  N3  NX  
M (Metastasen)  M0  M1

1.01\_Befunddokumentationsbogen Teil 1a: Erhebung der Basisdaten - vom Arzt auszufüllen

2.01\_Befunddokumentationsbogen Teil 1b: Dokumentation der Indikationsstellung und Verordnung - vom Arzt auszufüllen

3.01\_Befunddokumentationsbogen Teil 2: Dokumentation der physikalischen Therapie - vom Therapeuten auszufüllen

4.01\_Befunddokumentationsbogen Teil 3: Dokumentation über Vermessung und Abgabe MKS - vom Sanitätshaus auszufüllen

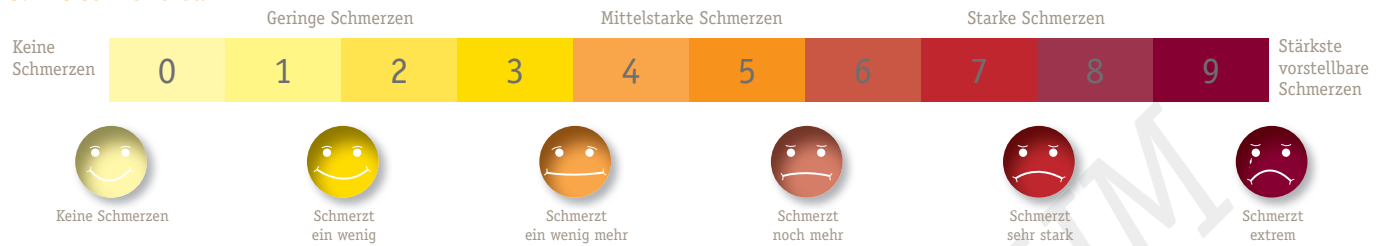
Diagnose (onkologisch):

<input type="checkbox"/> Bronchialkarzinom	<input type="checkbox"/> Hirntumor	<input type="checkbox"/> Hodenkarzinom	<input type="checkbox"/> Kolonkarzinom
<input type="checkbox"/> Leberzellkarzinom	<input type="checkbox"/> Melanom	<input type="checkbox"/> Mammakarzinom	<input type="checkbox"/> Magenkarzinom
<input type="checkbox"/> Ovarialkarzinom	<input type="checkbox"/> Osteosarkom	<input type="checkbox"/> Prostatakarzinom	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenkarzinom
<input type="checkbox"/> Urothelkarzinom	<input type="checkbox"/> Zervixkarzinom		
<input type="checkbox"/> Anderer:	_____		
<input type="checkbox"/> OP am:	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	(durchgeführt oder geplant)	
	Tag	Monat	Jahr

4. Extremität

<input type="checkbox"/> obere Extremität	<input type="checkbox"/> untere Extremität
<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits

5. NRS Schmerzskala



6. Hautbeschaffenheit / Pflege

<input type="checkbox"/> Hautbeschaffenheit überprüft	<input type="checkbox"/> medikamentöse Therapie erforderlich/Rezept ausgestellt
<input type="checkbox"/> nichtmedikamentöse Behandlung empfohlen	

7. Begleiterkrankungen

<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> pAVK
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
	<input type="checkbox"/> mit Komplikationen
<input type="checkbox"/> KHK	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Erysipelinfektion: Anzahl _____	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung
<input type="checkbox"/> Sonstige Begleiterkrankungen: _____	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankung

8. Begleitmedikationen

Ödem erstmals aufgetreten am:  .  .  .  .  .

Tag                      Monat                      Jahr

Bisherige Behandlung:

<input type="checkbox"/> KPE	<input type="checkbox"/> MLD	<input type="checkbox"/> MKS	<input type="checkbox"/> Medikation
<input type="checkbox"/> bisher keine Behandlung erfolgt			