****

**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

 Mitglied im Verband Orthorehasuisse (wir rechnen direkt mit IV, SUVA, MV, UV ab) 

Online Termin