

Auswertung der apparativen intermittierenden Kompression

Gerät: _____ Manschetten: *Bein* *Arm*

Name, Vorname: _____ Tel. _____

Krankenkasse: _____ Behandlungszeitraum: _____ bis _____

Qualität der Einweisung

in Schulnoten

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

**Gemäß Medizinproduktegesetz erfolgte eine
eine Produkteinweisung vor Ort am Gerät.**

ja
nein

Wurde die Handhabung des Gerätes verständlich erklärt?

--	--	--	--	--	--

Wurde das Anlegen der Manschetten gezeigt und praktisch geübt?

--	--	--	--	--	--

Wurde eine erste praktische Anwendung durchgeführt?

--	--	--	--	--	--

Wurden Sie auf Indikationen und Kontraindikationen hingewiesen?

--	--	--	--	--	--

Haben Sie eine verständliche Bedienungsanleitung erhalten?

--	--	--	--	--	--

Wie schätzen Sie die fachliche Kompetenz des Einweisers ein?

--	--	--	--	--	--

War der Einweiser freundlich und vertrauenswürdig?

--	--	--	--	--	--

Wie oft, wie lange und bei welchem Druck wurde überwiegend therapiert?

Tag	Min.	Druck

Anwendung

in Schulnoten

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Können Sie das Gerät eigenständig bedienen?

--	--	--	--	--	--

Können Sie die Manschetten eigenständig Anlegen bzw. Ablegen?

--	--	--	--	--	--

Wie tolerieren Sie die Therapie?

--	--	--	--	--	--

Spüren Sie nach der Behandlung eine positive Wirkung?

--	--	--	--	--	--

Beobachtungen

ja = X; nein = 0; nicht relevant = --- Bemerkungen

Abnahme des Spannungsgefühls	
Senkung der Druckempfindlichkeit	
Schmerzlinderung	
Verbesserung des Hautzustandes	
Besserung des Wundzustandes	
Wasserlassen nach der Behandlung	
Positiver Einfluß auf den Allgemeinzustand	

Sonstige Bemerkungen

Die Fortführung der Therapie wird gewünscht

ja

nein

_____, den _____ Unterschrift: _____