

Ordinationsunderlag kompressionsbehandling med strumpa

Namn: _____

Personnummer: _____

Ordinerande läkare: _____ Telefon: _____

Närhälsan Hälsocentralen SkaS _____

Behov/Diagnos som föranleder behandling: _____

Mål med behandling: _____ Planerad uppföljning: _____

DVT (nu eller tidigare)? Nej Ja Datum: _____

Trötthetskänsla eller värk i benen? _____

Diabetes? Nej Ja Förekomst av arteriell insufficiens? _____ Ankel-index: _____

Övrigt: _____

Datum: _____ Signatur: _____

Ordinerad behandling:

Höger:

KKL 1¹ KKL 2 Dag Natt Dygnet runt

Högelastisk Lågelastisk Öppen tå Sluten tå

Knästrumpa Helbensstrumpa Strumpbyxa

Vänster:

KKL 1¹ KKL 2 Dag Natt Dygnet runt

Högelastisk Lågelastisk Öppen tå Sluten tå

Knästrumpa Helbensstrumpa Strumpbyxa

¹ Om KKL1 ordineras behöver det framgå om vi får beställa kkl 1 som hjälpmedel (måttbeställda)/förbandsmaterial om apotekssortiment inte matchar behov avseende passform. Notera under "Övrigt".