

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Diagnose

---

### Verordnung für **flachgestrickte Kompressionsbandagen nach Mass**

links  rechts

- |  |          |   |
|--|----------|---|
| <input type="checkbox"/> Wadenstrumpf (bis Knie)         | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Schenkelstrumpf (ganzes Bein)   | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Strumpfhose mit zwei Beinen     | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Strumpfhose mit einem Bein      | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Caprihose mit halblangen Beinen | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Bermudahose mit kurzen Beinen   | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Zehenkappe                      | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |

Bemerkungen

---

Praxis

---

Signatur/Stempel

Datum

---