

PATIENT:IN

VOR- UND NACHNAME

GEBURTSDATUM

ADRESSE (STRASSE, PLZ, ORT)

TELEFONNUMMER

KRANKENVERSICHERTENNUMMER

Anhand dieser **Checkliste** möchten wir mit Ihnen abklären, ob die apparative intermittierende Kompression (AIK) bzw. intermittierende pneumatische Kompression (IPK) angewendet werden kann.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen könnten der Therapie entgegen sprechen.

Bitte beantworten Sie uns – zu Ihrer eigenen Sicherheit – folgende Fragen:

## CHECKLISTE

Leiden Sie an einer dekompensierten Herzinsuffizienz?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Besteht der Verdacht oder leiden Sie aktuell an einer Thrombose?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einem Lungenödem (Flüssigkeitsansammlung in der Lunge)?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine ausgedehnte Thrombophlebitis (Entzündung einer oberflächlichen Vene)?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einem akuten Erysipel (bakterielle Infektion der obersten Hautschicht)?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter akuten Phlegmonen (bakterielle Entzündung der Haut)?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen eine schwere, nicht eingestellte Hypertonie (Bluthochdruck) vor?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in jüngster Zeit einen Herzinfarkt?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Liegen proximale Abflusssperren (z. B. Tumore) vor?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

Sollten Sie eine Frage mit „Ja“ beantwortet haben, halten Sie bitte Rücksprache mit Ihrem Arzt.

Hiermit bestätige ich, dass ich über alle Kontraindikationen aufgeklärt worden bin und die Therapie auf eigenes Risiko erfolgt.

ORT / DATUM / UNTERSCHRIFT PATIENT:IN