

**Lymphologischer Befundbogen: Bein** (li./re./bds.)

**Datum:** .....

**Therapeut:** .....

**Name:** .....

**Vorname:** .....

**Geb.:** .....

**Adresse:** .....

**Tel.:** .....

**Beruf:** .....

**Hobby:** .....

**Beh. Arzt:** .....

**Tel.:** .....

**Gewicht:** ..... kg

**Größe:** ..... m

**Schmerzen:**  nein  ja    **Lokalisation:** .....

**Schmerzqualität:**     stechend  dumpf  brennend  bewegungsabhängig    **Schmerzskala:** ..... (1-10)

**Operationen:** .....

**Bestrahlung:**     nein  ja  ja, aktuell    **Bestrahlungsfeld:** .....

**Chemotherapie:**     nein  ja  ja, aktuell

**Medikamente:** .....

**Andere Erkrankungen:** .....

**Erstmaliges Auftreten des LÖ:** .....

**Auslöser:** .....

**Erysipelinfektionen:**  nein  ja    **Anzahl/Jahr:** .....

**Sek. Hautveränderungen:**     Pachydermie  Hyperkeratose  Papillomatose  
    Hyperpigmentierung  Stauungsdermatitis  Hämosiderinablagerung

**Lymphgefäßveränderungen:**  Lymphzysten  Lymphfisteln  Lymphvarizen  Lymphorrhoe

**Rad. Fibrose:**  nein  ja, verschieblich  ja, nicht verschieblich

**Sonstiges:**  Teleangiektasien  Kollateralvenen  Petechien  Hämatome  Ulkus  
    Nagelmykosen  Hautmykosen

**Hautzustand:**  o.B.  trocken/rissig **Hautfarbe:**  o.B.  blass  
 pergamentartig  feucht  livide  gerötet

**Narben:**  nein  ja **Lokalisation:** .....

**Stemmer'sches Zeichen:** **rechts**  negativ  positiv  falsch positiv  
**links**  negativ  positiv  falsch positiv

**Ödemklassifikation:**

	<b>Stadium rechts:</b> (kein, Stad. I = akut, Stad. II = chron., Stad. III = eleph.)	<b>Konsistenz re.:</b> (teigig/weich od. fest)	<b>Stadium links:</b> (kein, Stad. I = akut, Stad. II = chron., Stad. III = eleph.)	<b>Konsistenz li.:</b> (teigig/weich od. fest)
<b>Zehen:</b>	.....	.....	.....	.....
<b>Fuss:</b>	.....	.....	.....	.....
<b>Unterschenkel:</b>	.....	.....	.....	.....
<b>Knie:</b>	.....	.....	.....	.....
<b>Oberschenkel:</b>	.....	.....	.....	.....
<b>Genitale:</b>	.....	.....	.....	.....
<b>Unt. RQ vent.:</b>	.....	.....	.....	.....
<b>Unt. RQ dors.:</b>	.....	.....	.....	.....

**Lymphknoten tastbar:**  nein  ja  
Nll. popliteales  nein  rechts  links  bds.  
Nll. inguinales  nein  rechts  links  bds.

**Kombinationsformen des Lymphödems:**  CVI  Stad.I  Stad.II  Stad.III  
 zykl. idiopath. Ödem  Fibromyalgie  rheumat. Formenkreis  neurol. Formenkreis

**Orthopädischer Status:** .....

**Muskulärer Status:** .....

**Ergänzende Bemerkungen:** .....  
.....  
.....  
.....

**Prognostische Einschätzung:** .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Befundergebnis/Diagnose:** .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Therapieziel:** .....  
.....  
.....  
.....

Entödematisierungsphase

Optimierungsphase

**Therapieziel:** .....  
.....  
.....

**Kompressionsversorgung:**  nein  ja **Welche:** .....

**Messungen:**  nein  ja

**Fotodokumentation:**  nein  ja

**Patientenaufklärung:**  nein  ja