

Ärztliche Verordnung

Medizinische Kompressionsstrümpfe, Strumpfhosen, Handschuhe

Herr Frau

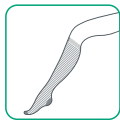
Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Diagnose: _____

Modelle und Kompressionsklassen (K. Kl.)



A - D
Waden

K. Kl. 1
K. Kl. 2
K. Kl. 3
K. Kl. 4



A - G
Schenkel

K. Kl. 1
K. Kl. 2
K. Kl. 3
K. Kl. 4



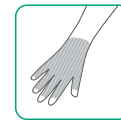
A - T
Panty

K. Kl. 1
K. Kl. 2
Materna



c - g
Armstrumpf

K. Kl. 1
K. Kl. 2
K. Kl. 3



a - c1
Handschuh kurz

K. Kl. 1
K. Kl. 2



a - e
Handschuh lang

K. Kl. 1
K. Kl. 2

Patient benötigt **individuell nach Mass** hergestellte Kompressionsstrümpfe (Modell oben ankreuzen)
flachgestrickt mit Naht

Anzahl: Paar(e) Stück links rechts

Patient besucht lymphologische Physiotherapie

Datum: _____ Verordnende Stelle _____
Stempel und Unterschrift: _____

Rückruf erwünscht an _____

unter Telefon _____

Shopping Silberturm
Rorschacherstrasse 154
9006 St.Gallen
Tel 071 243 60 60
Fax 071 243 60 61
info@spiess-kuehne.ch

www.spiess-kuehne.ch

Loestrasse 2 / 4
7000 Chur
Tel 081 252 36 54
Fax 081 253 68 45
chur@spiess-kuehne.ch

Tellstrasse 13
8280 Kreuzlingen
Tel 071 672 24 82
Fax 071 672 24 52
kreuzlingen@spiess-kuehne.ch

Neue Jonastrasse 52
8640 Rapperswil
Tel 055 210 95 70
Fax 055 210 95 71
rapperswil@spiess-kuehne.ch

Lagerhausstrasse 3
8400 Winterthur
Tel 052 222 96 49
Fax 052 223 00 15
winterthur@spiess-kuehne.ch

Mitglied der
Berufsverbände

SVOT

ASTO

 **OSM**