

für Patient/in

Name, Vorname: ..... geb. am: .....

Strasse: ..... PLZ, Ort: .....

Tel: .....

## Verordnung IPK Mietgerät

Miete eines 4-Kammer-Gerätes VASOprime zur apparativen intermittierenden Kompressionstherapie gemäss **MiGeL Position 17.20.01.01.2** für 3 Monate.

### Behandlungsparameter - Kompressionsdruck

20-40mmHg (bei CVI C4-C5, Armlymphödem)

40-60mmHg (bei CVI C6)

80-120mmHg (bei Beinlymphödem)

\_\_\_\_\_

### Inflations-/Deflationszeit

Druck-, zeitgesteuertes Gerät mit 40s Inflationszeit, 5s Plateau und 10s Deflationszeit/Pause.

### Indikation(en):

Lymphödem Stadium 2-3

Chronische venöse Insuffizienz (CVI Stadium C4-C6) Venöses Ödem

Datum:

Stempel/Unterschrift Arzt