

für Patient/in

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

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

Tel: .....

Miete eines 4-Kammer-Gerätes VASOprime zur apparativen intermittierenden Kompressionstherapie gemäss **MiGeL Position 17.20.01.00.2** für 6 Monate.

## Indikation(en):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lymphödem                  | <input type="checkbox"/> Lipödem                                   |
| <input type="checkbox"/> Venöses Ödem               | <input type="checkbox"/> Ödem-Mischformen                          |
| <input type="checkbox"/> Ulcus cruris               | <input type="checkbox"/> Thromboembolie-Prophylaxe                 |
| <input type="checkbox"/> Postthrombotisches Syndrom | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Ödeme                    |
| <input type="checkbox"/> Restless Legs Syndrom      | <input type="checkbox"/> Sensorische Störung bei Hemiplegie*       |
| <input type="checkbox"/> Diabetischer Fussdefekt*   | <input type="checkbox"/> Periphere arterielle Verschlusskrankheit* |

\*unter strenger ärztlicher Kontrolle

Datum:

Stempel/Unterschrift Arzt