

**Anlage 2:** Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 17 (Kompressionstherapie) sowie der Produktart 02.40.01.3 (Strumpfan- und -ausziehhilfen für Kompressionsstrümpfe), gültig ab 01.03.2024 (AC/TK 11 01 J17)

## Erhebungsbogen: Kompressionstherapie – Flachstrick (Lymph-Lipödem)

(Bitte **vollständig ausgefüllt** und unterschrieben zusammen **mit dem Maßblatt** dem **eKVA beifügen**;  
nur erforderlich bei Erstversorgung, Wechsel der Produktart und/oder wenn zusätzliches Zubehör beantragt wird.)

An die AOK - Die Gesundheitskasse: \_\_\_\_\_

### Leistungserbringerdaten:

Firmenname: \_\_\_\_\_ IK: \_\_\_\_\_

Firmenanschrift: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

### Versichertendaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ KV-Nr: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

(falls zutreffend: Name betreuende Person, Telefon)

### Zustandserhebung: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Ödematöse Schwellung im Bereich:

Zehen:  rechts /  links Finger:  rechts /  links

Vorfuß:  rechts /  links Hand:  rechts /  links

Knöchel:  rechts /  links Unterarm:  rechts /  links

Unterschenkel:  rechts /  links Oberarm:  rechts /  links

Oberschenkel:  rechts /  links Thorax:  Ja

Unterleib:  Ja

Ödemkonsistenz:  eindrückbar  nicht eindrückbar/verhärtet

Hautoberfläche:  glatt  uneben/wellen-/knotenartig  überhängende Gewebeanteile

Weichteilzustand:  sehr weich  normal  verhärtet

Druckschmerz:  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Stemmer-Zeichen:  negativ  positiv

Ulcus cruris:  negativ  akut  abgeheilt  rechts /  links

Lähmung:  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

### Zustandserhebung: (nach Angabe des Versicherten) (zutreffendes bitte ankreuzen)

Seit wann besteht die Erkrankung? \_\_\_\_\_

Beseitigt Hochlagern die Schwellung?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Besteht eine Hämatomneigung?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen/Allergie?  Keine  Ja: \_\_\_\_\_

Herzerkrankung?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Verschlusskrankheit (pAVK)?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Ulcus cruris?  akut  abgeheilt  rechts /  links

Weitere Hinweise: \_\_\_\_\_

### Zustandserhebung: komplexe physikalische Entstauungstherapie (teil-/stat. KPE) (zutreffendes bitte ankreuzen)

Akutbehandlung:  Keine  Ja, stationär vom: \_\_\_\_\_ bis zum: \_\_\_\_\_

Ja, ambulant vom: \_\_\_\_\_

In welcher Phase befindet sich der Versicherte zum Zeitpunkt dieser Erhebung?

Phase:  I (Entstauung)  IIa (Optimierung)  IIb (Konservierung)

**Anlage 2:** Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 17 (Kompressionstherapie) sowie der Produktart 02.40.01.3 (Strumpfan- und -ausziehhilfen für Kompressionsstrümpfe), gültig ab 01.03.2024 (AC/TK 11 01 J17)

**Zustandserhebung: Verband- und Heilmittelversorgung (ML)** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Wird aktuell manuelle Lymphdrainage durchgeführt?  Ja, \_\_\_\_\_ Einzelbehandlungen pro Woche

Nein, weil:

**Hilfsmittelversorgung: IST Situation** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Bisherige Versorgung?  Keine  Rundstrick  Flachstrick **KKL:** \_\_\_\_\_

Weitere Details:

Werden die KS täglich getragen?  Ja  Nein, weil:

Kann die KS-Versorgung ohne fremde Hilfe an-/ausgezogen werden?  Nein  Ja  mit Anziehhilfe

**Hilfsmittelversorgung: Mehrteilige Versorgung** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Nicht erforderlich  erforderlich, weil:

**Hilfsmittelversorgung: Zusätze** (Begründung, sofern laut Anlagen 1d bis 1f gefordert)

Folgende Zusätze sind erforderlich:

Begründung:

**Signaturen:**

Leistungserbringer: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift, Name in Druckbuchstaben, Stempel)

Datum: \_\_\_\_\_  
(der Erhebung)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mich der Leistungserbringer umfassend bezüglich der Datenerhebung und Datenweiterleitung aufgeklärt hat.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreter/Bevollmächtigten)

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und 7 SGB V zum Zwecke der Hilfsmittelversorgung gemäß § 33 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Beachten Sie bitte, dass fehlende Mitwirkung zu Nachteilen bei Leistungsansprüchen führen kann. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter [www.aok-bw.de/datenschutzrechte](http://www.aok-bw.de/datenschutzrechte). Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart oder unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter [datenschutz@bw.aok.de](mailto:datenschutz@bw.aok.de).

Ihre im Rahmen der genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet