

für Patient/in

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

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

Tel: .....

---

## Es wird eine Kostengutsprache für den Kauf folgender Hilfsmittel beantragt:

- VASOprime wave 4, IPK- Gerät, 4 Kammersystem gemäss MiGeL Position 17.20.01.01.1
- VASOprime 4-Kammer-Manschette Bein gemäss MiGeL Position 17.20.01.01.3
- VASOprime 4-Kammer-Manschette Arm gemäss MiGeL Position 17.20.01.01.3

Die IPK hat während einer Testphase zu einer Verbesserung der Lebensqualität des Patienten/der Patientin geführt und eine Volumenreduktion von  $\geq 100\text{ml}$  erzielt.

## 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)

Datum:

Stempel/Unterschrift Arzt