

# VERORDNUNG KOMPRESSIONSTHERAPIE

**Patient:**

**Diagnose:**

**Versicherung:**  IV  
 AHV  
 SUVA  
 MV  
 PV  
 KK



	WADE	SCHENKEL	EINBEINVERSORGUNG	STRUMPFHOSE	CAPRIHOSE	BERMUDAS	FUSSKAPPE	ARMVERSORGUNG	HANDSCHUH	RELAX MIT HANDANSATZ
KKL 1	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KKL 2	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
KKL 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
KKL 3 forte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
KKL 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
KKL 4 super	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

KKL 1: 18-21mmHg | KKL 2: 23-32mmHg | KKL 3: 34-46mmHg | KKL 3 forte: 40-50mmHg | KKL 4: >49mmHg | KKL 4 super: ca. 60mmHg

System bei Ulcus cruris  Umstandsstrumpfhose  \*Relax, für die Nacht  Konfektionierte Standard-Versorgung  Patientenindividuelle Mass-Versorgung

**Anzahl:**

Paar  Stück  
 links  rechts

**Bemerkung:**

**Datum:**

**Stempel,  
Unterschrift:**





**Ganganalysen &  
Sportorthopädie**



**Orthopädie-  
Schuhtechnik**



**Orthopädie-  
Technik**



**Rehabilitations-  
Technik**



**Podologie**



**Bandagen &  
Kompression**

# DAS KONZEPT FÜR MEHR MOBILITÄT

## **Orthopädie Podologie Malgaroli & Werne AG**

**BADEN** - Hauptsitz



Mellingerstrasse 1, 5400 Baden  
info@orthopodo.ch, Tel. 056 222 35 25

**OBERROHRDORF**



Oberdorfstrasse 2, 5452 Oberrohrdorf  
info@orthopodo.ch, Tel. 056 470 12 43

## **Orthopädie Podologie Schwanen AG**

**LUZERN** - Am Schwanenplatz



Gerbergasse 1/5, 6004 Luzern  
luzern@orthopodo.ch, Tel. 041 410 11 16

**AARAU**



Bucherstrasse 18, 5000 Aarau  
aarau@orthopodo.ch, Tel. 062 822 63 63

**REINACH**



Aarauerstrasse 42, 5734 Reinach AG  
reinach@orthopodo.ch, Tel. 062 772 36 60

## **Fuss-Praxis Schwanen AG**

**LUZERN** - Am Schwanenplatz



Gerbergasse 1/5, 6004 Luzern  
fusspraxis@orthopodo.ch, Tel. 041 410 11 05

[www.orthopodo.ch](http://www.orthopodo.ch)