

## ORDINATION AF KOMPRESSIONSSTRØMPER EFTER SERVICELOVENS §112

### KOMPRESSIONSSTRØMPER

Type / KL	1 18-21 mmHg	2 23-32 mmHg	3 34-46 mmHg	4 >46 mmHg	Par	Venstre	Højre
Knæ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Typisk vil en knæstrømpe være tilstrækkelig hjælp.</i>		

### VARIG LIDELSE

Ja  Nej

### SÆRLIGE BEMÆRKNINGER

### BEGRUNDELSE FOR ORDINATION

### PATIENTDATA

Navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postnr. \_\_\_\_\_

By \_\_\_\_\_

CPR-nr. \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

**FIND SAHVAS ADRESSER PÅ [WWW.SAHVA.DK](http://WWW.SAHVA.DK) ELLER RING PÅ TLF. 7011 0711**

Henvissende læges stempel \_\_\_\_\_

Dato/underskrift \_\_\_\_\_