

# Meldeformular medizinischer Vorfall

Füllen Sie dieses Meldeformular vollständig aus und senden Sie es bitte innerhalb eines Tages nach Bekanntwerden der Beschwerden per E-Mail an: [service.at@sigvaris.com](mailto:service.at@sigvaris.com)

Legen Sie, sofern vorhanden, weitere Unterlagen bei, welche den unten geschilderten Sachverhalt dokumentieren. (Arztbericht, Fotos, etc.)

Bitte senden Sie das betroffene Produkt an:

**SIGVARIS, medizinische Kompressionsstrümpfe Gesellschaft m.b.H.,  
Hietzinger Hauptstrasse 22/A/2/5, AT-1130 Wien**

## 1. SIGVARIS GROUP Produktangaben:

Serienstrumpf:  
Lotnummer und Bezeichnung auf dem Strumpfetikett:

Massstrumpf:  
Auftragsnummer auf dem Strumpfetikett:

---



---



---



---

## 2. Angaben des Patienten:

Geschlecht:  weiblich  männlich

Alter: \_\_\_\_\_

Wann wurde der Strumpf abgegeben? \_\_\_\_\_

Seit wann wird der Strumpf getragen? \_\_\_\_\_

Wann begannen die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Weshalb wurde der Strumpf verordnet? (Indikation)

Von wem wurde der Strumpf verordnet?  
(Adresse des Arztes / Klinik)

Wo wurde der Strumpf bezogen?  
(Arzt, Klinik, Apotheke, Fachgeschäft)

---



---



---

Bitte tragen Sie in diese Darstellung die relevanten Körper-Masse des Patienten ein:

*alternativ bitte ursprüngliche Masse / originales Datenblatt beilegen*

Längenmasse rechts/cm (ab Fusssohle)	Umfangmasse rechts/cm	Umfangmasse links/cm	Längenmasse links/cm (ab Fusssohle)
Leibteillänge KT/cm:			
vorne			
hinten			
ℓT	cT	cT	ℓT
ℓH	cH	cH	ℓH
ℓG	cG	cG	ℓG
ℓF	cF	cF	ℓF
ℓE	cE	cE	ℓE
ℓD	cD	cD	ℓD
ℓC	cC	cC	ℓC
ℓB <sub>1</sub>	cB <sub>1</sub>	cB <sub>1</sub>	ℓB <sub>1</sub>
ℓB	cB	cB	ℓB
	cY	cY	
	cA	cA	
Fusslänge: offener Fuss ℓA _____ cm	offener Fuss	offener Fuss	Fusslänge: offener Fuss ℓA _____ cm
geschlossener Fuss ℓZ _____ cm	geschlossener Fuss	geschlossener Fuss	geschlossener Fuss ℓZ _____ cm
Schuhgröße: _____			Schuhgröße: _____

## 3. Bitte beschreiben Sie die Beschwerden des Patienten möglichst detailliert:

---



---



---



---



---



---

**4. Weitere Beschreibungen zum Umgang mit dem Strumpf und Informationen über Allergien:**

Liegen Beschädigungen am Produkt vor?

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

Wie viele Stunden pro Tag hat die Patientin / der Patient den Strumpf getragen?

0 - 5 Stunden  5 - 10 Stunden  10 - 15 Stunden  mehr als 15 Stunden

Auf welche Weise und wie oft wurde der Strumpf gewaschen?

Handwäsche  Maschinenwäsche Waschfrequenz: \_\_\_\_\_ Waschmittel: \_\_\_\_\_

Hat die Patientin / der Patient bekannte Allergien?

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

Welche Kosmetika werden benutzt und / oder welche Medikamente werden eingenommen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Absender:**

Meldeadresse (Arzt, Klinik, Apotheke, Fachgeschäft):

Ansprechperson: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Erstellungsdatum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_