# Bestilling af støttestrømper

| **Fase** | **Beskrivelse** | **Skærmbillede** |
| --- | --- | --- |
| **1.****Egen læge** | Det er borgers læge, der vurderer om borger har behov for støttestrømper. | **Primær:** Lægen sender en korrespondance til kommunen med anmodning om bevilling på støttestrømper -> Gå til punkt 4.**Sekundær:** Lægen kan anmode bostedet via. en sundheds korrespondance om at oprette blanket for bevilling af støttestrømper. Lægens vurdering/sundhedskorrespondance vedhæftes ved indvending -> Gå til punkt 2. |
| **2.****Udfyld blanketten**  | Blanketten findes på Broen under netblanket.Søg på: Ansøgning om hjælpemidler.Udfyld blanketten og vedlæg sundheds-kommunikationen fra lægen.  | [**https://asp.netblanket.dk/randers/netutil/MainFrameset.aspx?cid=ca35d2bca09d4ccabd142e888cdd13e9**](https://asp.netblanket.dk/randers/netutil/MainFrameset.aspx?cid=ca35d2bca09d4ccabd142e888cdd13e9) |
| **3.****Indsend** |  | Indsend blanket elektronisk til Visitation@randers.dk |
| **4.****Modtagelse af bevilling** |  | Borger vil modtage bevillingen i e-Boks eller pr. brev. |
| **5.****Rekvirering af måltagning** |  | På bevillingen fremgår det, hvordan I skal forholde jer samt telefonnummeret til kompressionssygeplejerskerne.Sygeplejerskerne kontaktes for måltagning. |
| **6.****Måltagning** |  | Måltagning kan ske på sygeplejeklinikken eller bostedet, hvis borger ikke er i stand til at tage hen på sygeplejeklinikken.Det kan være nødvendigt at lægge Comprilanbind i ca. 5 dage inden der kan tages mål til støttestrømperne. |
| **7.** **Efter måltagning** |  | Efter måltagning kan der gå op til 14 dage inden støttestrømperne leveres til borger.Kompressionssygeplejersken vurderer, hvorvidt der skal lægges Comprilanbind i den mellemliggende periode. |
| **8.****Dokumentation** | Opret indsats under respiration og cirkulation:Cirkulations-problemer.Eks: ØDEMER I UNDER-EKSTREMITETERNE | **Beskrivelse:**Beskriv problemstillingen/årsagen samt* Dato for bevillingen
* Dato for hvornår borger har fået udleveret støttestrømperne

Mål: XXXX**Handlebeskrivelse:**Beskriv aftale med læge omkring brugen af støttestrømperne.**OBS:** ***Indscan bevillingen og læg den under dokumenter.*** |