

# Kompressionstherapie - medizinische und theoretische Grundlagen - München-Ost

**Zielgruppe:**

Angebot - für Gesundheits-/Krankenpfleger als aufgabennahe Fortbildung

**Inhalte:**

Medizinische Grundlagen

- pAVK
- CVI
- Ulcus Cruris

Theoretische Grundlagen der Kompression

- Kompressionsphasen
- Phasengerechte Kompression
- Arten der Kompression
  - Kurzzug-Wickel
  - 2-Komponenten-Systeme
  - Mehr-Segment-Manschetten
  - Strumpfversorgung

- Medizinische Kompressions-Strümpfe (MKS)

- UlcerSys
- Rundstrick
- Glattstrick

- Antithrombosestrümpfe (ATS)

- Aktuelle Studienlage

- AWMF-Leitlinie Kompression (DGP, DDG, DGA, DGG, ...)
- Protz et al., „Wie wickelt Deutschland?“

**Ziele**

Die Teilnehmer sind befähigt das für die jeweilige Situation geeignete Kompressions-System auszuwählen und korrekt anzulegen.

Darüber hinaus können die Teilnehmer mögliche Komplikationen im Rahmen der Kompressionstherapie erkennen und adäquat reagieren, um eine Patientenschädigung zu vermeiden.

**Hinweise:**

für die praktischen Übungen benötigen Sie eine Decke und Kleidung die bis zum Knie hochzuziehen ist, bestenfalls Trainingshose.

**Referent:**

Johannes Edel

**Teilnehmer:**

12 Personen

**Veranstaltungsort:**

kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, 85540 Haar, kbo-IAK, Ringstr. 04 - E.24.1

**Seminargebühr:**

80 Euro  
4 Stunden

**Fortbildungspunkte:**

4 Punkte  ID Nr. 20090847

**Ansprechpartner:**

Email: Personalentwicklung.iak-kmo@kbo.de

**Bildungsressort:**

07.091 Kompressionstherapie - medizinische und theoretische Grundlagen

**Anmeldung:**

Alle Anderen nutzen bitte das Kontakt- und Anmeldeformular für externe Interessenten aus dem Internet des Kommunalunternehmens.

Kursnummer	von	bis	Beginn	Ende
IBF-20/3/357-KW29	15.07.2020	15.07.2020	12:45	16:00

Terminänderungen aus wichtigem Anlass behält sich der Veranstalter vor. Insbesondere ist der Veranstalter berechtigt, in begründeten Fällen die Veranstaltung von anderen, als den angegebenen Referenten durchführen zu lassen.

## I. Antragsteller/innen / Allgemeine Daten

Dieser Antrag gilt **nicht für externe** Fortbildungen.  
Bitte für externe Fortbildungen das FOI-000105 verwenden.

Name, Vorname:	_____		
Funktion/Tätigkeit:	_____		
Fachbereich/Abteilung/Station:	_____		
Name zuständige Bereichsleitung und unmittelbarer Vorgesetzte/r:	_____		
Telefonnummer für Rückfragen:	_____		
Fortbildungsthema:	<b>07.091 Kompressionstherapie - medizinische und theoretische Grundlagen</b>		
Datum / Fortbildung am	15.07.2020- 15.07.2020	Kursnummer:	<b>IBF-20/3/357-KW29</b>
Uhrzeit der Fortbildung (von bis):	12:45 - 16:00		
Fortbildungsgebühr:	80 €uro	Kostenstelle:	_____
<b>Wissensmanagement:</b> Ich verpflichte mich, dass ich das in der Fortbildungsveranstaltung erworbene Wissen in Absprache mit dem/der unmittelbaren Vorgesetzten an geeigneter Stelle weitergebe.			
Datum:	Name Antragsteller gez.:		

## II. Entscheidung unmittelbare/r Vorgesetzte/r

Die Fortbildung ist der beruflichen Entwicklung des/der Antragstellers/in förderlich und wird ausdrücklich befürwortet.	
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
(Bei <b>JA</b> weiter an Bereichsleitung, bei <b>NEIN</b> Begründung und zurück an Antragsteller/in)	
Begründung: (ggf. Rückseite verwenden):	
<b>Kosten:</b> Eine Belastung der o.g. Kostenstelle wird beantragt:	
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN (Antragsteller/in trägt die Kosten selbst)
Datum:	Name des/der unmittelbare/r Vorgesetzte/r:

## III. Genehmigung Bereichsleiter/in gemäß § 6 Abs. 1 RahmenBV-Nr.15 (MGUe-000380)

Genehmigt; unter Punkt I genannte <b>Kostenstelle</b> wird wie im Antrag <b>belastet</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
(Bei <b>JA</b> weiter an Abt.II Personalentwicklung/ Fort- und Weiterbildung, bei <b>NEIN</b> Begründung und zurück an Vorgesetzte/n)	
Die Fortbildung wird genehmigt	<input type="checkbox"/> als aufgabennahe Fortbildung <input type="checkbox"/> als aufgabenunterstützende Fortbildung <input type="checkbox"/> als aufgabenferne Fortbildung <input type="checkbox"/> für die Funktion als Betriebsbeauftragte/r oder Funktionsträger/in <input type="checkbox"/> als Pflichtfortbildung (Brandschutz, HLW, Hygiene, Deeskalation, ..)
Begründung: (ggf. Rückseite verwenden)	
Datum:	Name der Bereichsleitung: gez.

Hinweis: Nach Genehmigung (Punkt III.) durch die Bereichsleitung können Sie den Antrag entweder per Hauspost oder per Email an [personalentwicklung.iak-kmo@kbo.de](mailto:personalentwicklung.iak-kmo@kbo.de) weiterleiten.

