Iontophorese-Therapie-Protokoll

Patient

.....

Ausprägungsart (gemäß Anlage II)

I. Grad ☐ II. Grad ☐ III. Grad ☐

Datum	**Dosis/ Spannung** (in Volt)	**Polung (Anode/rot)** 1. (r) rechts 2. (l) links	**behandeltes Areal** 1. (F) pedum 2. (H) manuum 3. (AX) axillar	**Stromart** HIDREX PS Pulsstrom HIDREX GS Gleichstrom	**Leitwert oder andere Messung**	**Bemerkungen**

Gemäß Anlage I der Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und des Berufsverbandes der deutschen Dermatologen e.V. entsprechend

AWMF

(*A*rbeitsgemeinschaft der *W*issenschaftlichen *M*edizinischen *F*achgesellschaften)

Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Leitungswasser-Iontophorese Stand 15.08.2004

© Hidrex GmbH FB_HIPRO_1713, Rev.: 1.0, 23.07.2018