

Anlage 4 zur Rahmenvereinbarung orth. Schuhversorgung

Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen

Unfallversicherungsträger		Die Verordnung muss dem zuständigen Unfallversicherungsträger übermittelt werden.
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort		Diagnose
Unfalltag		
1 Umfang der erforderlichen Schuhausstattung		
<input type="checkbox"/> Erstausstattung <input type="checkbox"/> Wechselausstattung <input type="checkbox"/> Ersatzausstattung <input type="checkbox"/> Reparatur		
2 Erforderliche Leistungen		
<input type="checkbox"/> Orthopädische Einlagen <input type="checkbox"/> Vorkonfektionierte/semiorthopädische Schuhe <input type="checkbox"/> Orthopädische Zurichtung konfektioniierter Schuhe <input type="checkbox"/> Orthopädische Maßschuhe <input type="checkbox"/> Orthopädisch konfektionierte Schuhe		
3 Orthopädische Schuhausstattung		
Schuhform/Schuhhöhe:		
<input type="checkbox"/> Halbschuh <input type="checkbox"/> knöchelübergreifend <input type="checkbox"/> Sandale		
Schuharten orthopädische Schuhe:		
<input type="checkbox"/> Straßenschuh <input type="checkbox"/> Hausschuh <input type="checkbox"/> Sportschuh <input type="checkbox"/> Badeschuh <input type="checkbox"/> Verbandsschuh/Therapieschuh <input type="checkbox"/> Winterstiefel <input type="checkbox"/> Arbeitsschuh, wenn bekannt <input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuh S 1 <input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuh S 2 <input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuh S 3		
Auftrag auf Wunsch des Leistungsträgers erteilt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Ärztliche Abnahme erforderlich: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Begründung und Therapieziel für die orthopädische Schuhausstattung:		
Sonstige Bemerkungen:		
Datum		Unterschrift/Stempel