

Verordnung / Bedarfserhebung für orthopädische Schuhe **Bedarfsstufe 1**

Kostenträger:

Versicherter:

Name:
 Vorname:
 Geb. Datum:
 Straße:
 Wohnort:
 Az. / Unfall.-Nr.:

Diagnose / Befund:

1. Leistungen der „Bedarfsstufe 1“:

Orthopädische Einlagen	
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen	
Orthopädische konfektionierte Schuhe	

2. Umfang der Schuhausstattung:

Erstausstattung	<input type="checkbox"/>
Wechselausstattung	<input type="checkbox"/>
Folgeversorgung	<input type="checkbox"/>

3. Orthopädische Schuhausstattung:

<u>Schuhform / Schuhhöhe:</u>		<u>Schuharten orthopädische Schuhe:</u>	
Sandale	<input type="checkbox"/>	<i>Berufsschuh / Arbeitsschuh:</i>	
Halbschuh	<input type="checkbox"/>	O1 <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> O3 <input type="checkbox"/> O4 <input type="checkbox"/> O5 <input type="checkbox"/>	
Knöchelübergreifend	<input type="checkbox"/>		
Stiefel	<input type="checkbox"/>	<i>Sicherheitsschuh:</i>	
		S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> S4 <input type="checkbox"/> S5 <input type="checkbox"/>	
<u>Amputationsausgleich:</u>		<i>Sicherheitsschuh mit Kettensägenschutz:</i>	
Herausnehmbarer Zehenersatz	<input type="checkbox"/>	Schutzniveau 1 <input type="checkbox"/> Schutzniveau 2 <input type="checkbox"/> Schutzniveau 3 <input type="checkbox"/>	
<u>Einlagentyp:</u>		Arbeitssicherheitsschuh S 3 Diabetes Mellitus mit und oder Neuropathie und bei nachgewiesener Diagnose	<input type="checkbox"/>
1 - Bettungseinlage	<input type="checkbox"/>	Arbeitssicherheitsschuh S 3 Diabetes Mellitus mit und oder Neuropathie und bei nachgewiesener Diagnose und mehr Volumen (Ballenmaß 26cm bis 28 cm)	<input type="checkbox"/>
2 - Bettungseinlage nach Formabdruck	<input type="checkbox"/>		
3 - Schaleneinlage nach Formabdruck	<input type="checkbox"/>	Straßenschuh	<input type="checkbox"/>
4 - gefräßte Bettungseinlage	<input type="checkbox"/>	Hausschuh	<input type="checkbox"/>
5 - Diabetesbettung nur bei nachg. Diagnose und/oder Neuropathien	<input type="checkbox"/>	Sportschuh	<input type="checkbox"/>
6 - Sondereinlage	<input type="checkbox"/>	Orthesenschuh	<input type="checkbox"/>
7 - Bettungseinlage DGUV-Regel 112/991	<input type="checkbox"/>	Verbandsschuh	<input type="checkbox"/>
8 - Bettungseinlage DGUV-Regel 112/991 nach Formabdruck	<input type="checkbox"/>		
9 - Diabetesbettung DGUV-Regel 112/991 bei nachgew. Diagnose und/oder Neuropathien	<input type="checkbox"/>	<i>Therapieschuh:</i>	

18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.3006	Schuhbodenverbreitung
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.3011	Anbringern von Klett-, Reiß- oder Schnallenverschluss

Grunds Schuh und Zurichtungen am Sicherheits-/Berufs-/Arbeitsschuh

linker rechter
 Pos.: Fuß Fuß PG 31 Nummer: Leistungsbeschreibung:

Konfektionierter Grunds Schuh:

20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.03.xxxx	orthopädisch konfektionierter Schuh Bedarfsstufe 1 <u>betroffene Seite</u>
----	--------------------------	--------------------------	---------------	--

Veränderungen der Außensohle außer S4 und S5:

21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0977	1 Paar Ballen-, Mittelfuß- Zehenrollen
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0978	1 Paar Schmetterlingsrolle nicht bei S 3
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0983	1 Paar Sohlenranderhöhungen Innen oder Außen
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0895	1 Stück Schuherhöhung bis 3,0 cm

Amputationsausgleich konfektionierter Schuh

linker rechter
 Pos.: Fuß Fuß PG 31 Nummer: Leistungsbeschreibung:

Ergänzung zum Schuhwerk:

25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0977	Zehenersatz, herausnehmbar auf Fußbettung gearbeitet
----	--------------------------	--------------------------	---------------	--

5. Für die orthopädische Schuh/Einlagenausstattung sind „unfallunabhängig“ erforderlich:

linker rechter
 Pos.: Fuß Fuß PG 08 / 31 Nummer: Leistungsbeschreibung:

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Begründung / Therapieziel für orthopädische Schuhausstattung:
Sonstige Bemerkungen:

Auftrag an Firma: _____, den

- auf Wunsch des Kostenträgers erteilt
- nicht erteilt
- Kostenvoranschlag auf Wunsch des Kostenträgers liegt anbei
