

# Verordnung / Bedarfserhebung für orthopädische Schuhe **Bedarfsstufe 3**

**Kostenträger:**

**Versicherter:**

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse:

Wohnort:

Az. / Unfall.-Nr.:

**Diagnose / Befund:**

## 1. Leistungen der „Bedarfsstufe 3“:

Orthopädischer Maßschuh in handwerklicher Einzelanfertigung in eigener Werkstatt oder eines Vertragsteilnehmers unter Verwendung eines individuell hergestellten Schuhleists

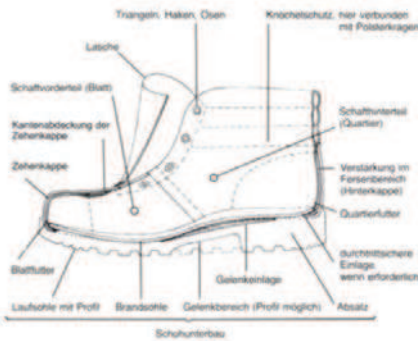
## 1. Umfang der Schuhausstattung:

Erstausstattung	<input type="checkbox"/>
Wechsellausstattung	<input type="checkbox"/>
Folgeversorgung	<input type="checkbox"/>
Reparatur	<input type="checkbox"/>

## 3. Orthopädische Schuhausstattung:

Schuhform / Schuhhöhe:		Schuharten orthopädische Schuhe:	
	<input type="checkbox"/>		
Sandale	<input type="checkbox"/>	Arbeitsschuh / Berufsschuh ohne	<input type="checkbox"/>
Halbschuh	<input type="checkbox"/>	Baumusterprüfung	
knöchelübergreifend	<input type="checkbox"/>		
Stiefel	<input type="checkbox"/>	Arbeitssicherheitsschuh S 1	<input type="checkbox"/>
		Arbeitssicherheitsschuh S 2	<input type="checkbox"/>
<b>Reparaturen:</b>		Arbeitssicherheitsschuh S 3	<input type="checkbox"/>
		Arbeitssicherheitsschuh mit Kettensägeschnittschutz Schnutzniveau 2	<input type="checkbox"/>
Neue Vorfuß- und / oder Fersenpolsterung	<input type="checkbox"/>		
Polstersohle mit Abdeckung	<input type="checkbox"/>		
Bodenversteifung mit Einarbeitung	<input type="checkbox"/>	Straßenschuh	<input type="checkbox"/>
Ersatzfußbettung	<input type="checkbox"/>	Hausschuh	<input type="checkbox"/>
Polstersohle mit Lederabdeckung	<input type="checkbox"/>	Sportschuh	<input type="checkbox"/>
Diabetes-Ersatz-Fußbettung	<input type="checkbox"/>	Badeschuh	<input type="checkbox"/>
		Interimsschuh	<input type="checkbox"/>
		Orthopädischer Innenschuh	<input type="checkbox"/>
Auftragsermächtigung des Kostenträgers liegt vor:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
		Ärztliche Abnahme erforderlich:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

**4. Für die orthopädische Schuhversorgung sind „unfallbedingt“ erforderlich:**



**Grundschuh und Zusatzarbeiten (außer Sicherheits-/Berufs-/Arbeitsschuh)**

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.01.xxxx	orthopädischer Maßgrundschuh Bedarfsstufe 3 <u>betroffene Seite</u>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0001	eine Sohlenrolle
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0002	Zwischensohle
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0004	Profilsohle
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0005	Schmetterlingsrolle
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.03.0210	Schleppabsatz
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.1000	Abroll- Pufferabsatz
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.2000	Mehraufwand bei Maßschuh über Orthese
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.2001	Anbringen eines Verkürzungsausgleichs einschl. Erhöhung der Hinterkappe
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.3001	Einseitig eingewalkte, verstärkte Knöchelstütze mit Polsterung des Knöchels
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.3002	Beidseitig eingewalkte, verstärkte Knöchelstütze mit Positionierung des Knöchels
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.3003	große Peronäuskappe mit Verstärkung über 15 cm hoch
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.3004	kleine Peronäuskappe mit Verstärkung bis 15 cm hoch
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.3005	Arthrodesenkappe, rückfußumschließend mit Polsterung des Knöchels
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.4000	Sohlenversteifung mit Einarbeitung
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.5000	Versteiftes Vorderblatt
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.5001	Teilversteiftes Vorderblatt
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.5002	Mehrpreis für Lammfellfutter
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.5003	Schafterhöhung über 15 cm inkl. Futter Oberleder Kappen und Versteifungsanteile, je cm
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.5004	Vordere Stützlasche
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.5005	Entlastungspolster im Schaft ( Quartier <input type="checkbox"/> , Blatt <input type="checkbox"/> oder Lasche <input type="checkbox"/> )
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.6000	Verkürzungsausgleich mit Schaft- und Hinterkappenerhöhungen je angefangener cm
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.6001	Mehrpreis für Laminatverstärkung am Verkürzungsausgleich ab 6 cm
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.7000	Mehraufwand für Stufenentlastung oder Fußbettung für <u>stark</u> deformierten Fuß
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.7001	Mehraufwand für Entlastung bei Vorfuß- und/oder Fersenpolsterung
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.7002	Polstersohle mit Lederabdeckung o.a. Materialien nach Belastungsabdruck
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0004	Leistenumstellung nach neuen Maßen
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0005	Halbschuhleisten

29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0006	Knöchelleisten
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0007	Beinleisten
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0008	Knieleisten ab 25 cm bis unter Knie
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.07.0001	Diabetes adaptierte Fußbettung für orthopädische Schuhe nach Maß bei nachgewiesener Diagnose und/oder Neuropathien
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.99.99.0001	Funktionales Gehprobenmodell (Gegenseite bei ärztlicher Begründung)
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.01.01.1001	Zehenersatz bei Erhalt der Mittelfußköpfchen
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.01.02.1002	Mittelfußersatz Chopart Bon Jäger
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.01.03.1003	Fußersatz Pirogoff

### Grundschuh und Zusatzarbeiten am Sicherheits-/Berufs-/Arbeitsschuh

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.01.xxxx	orthopädischer Maßgrundschuh Bedarfsstufe 3 <u>betroffene Seite</u>
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0920	Arthrodesenkappe, inkl. Sohlenversteifung
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0921	Peronäuskappe
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0923	Verkürzungsausgleich mit Schaft- und Hinterkappenerhöhungen je angefangener cm
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0926	Vorkehrungen für Zehenamputationen Lederecke nach DIN CE
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0927	Vorkehrungen für amputierten Mittel- oder Vorfuß Lederecke nach DIN CE
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0928	PU- Überkappe Antistatik / Öl- und Säurefest
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0929	Schafterhöhung – Schafterweiterung ab Schafterhöhung 15 cm
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0930	Eine Sohlenrolle DIN CE
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0931	Hallux Rigidus Vertiefung
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0932	Ballenpolsterung
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0933	Absatzänderung DIN CE
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0935	Knöchelstütze (Innen oder Außen)
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0936	Knöchelstütze beidseits
51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.07.0937	Diabetes adaptierte Fußbettung für semiorthopädische Schuhe nach Maß bei nachgewiesener Diagnose und/oder Neuropathien
52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0938	Stützlasche
53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0939	Mehraufwand Leistenergänzung für S-Funktion

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

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 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"/>		
5	<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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes