

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		
Unfalltag		Diagnose
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"/> Orthopädische Zurichtung konfektionierte Schuhe	<input type="checkbox"/> Vorkonfektionierte/semiorthopädische Schuhe
<input type="checkbox"/> Orthopädisch konfektionierte Schuhe		<input type="checkbox"/> Orthopädische Maßschuhe
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	