

Verordnung / Bedarfserhebung für orthopädische Schuhe Bedarfsstufe 1

Kostenträger:

Versicherter:

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

Diagnose / Befund:

1. Umfang der Schuhausstattung:

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

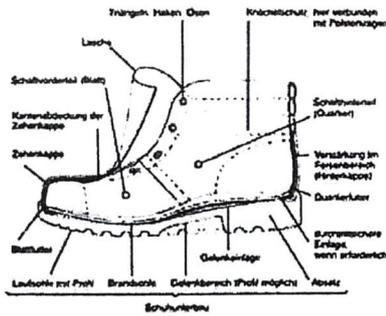
2. Erforderliche Leistungen der „Bedarfsstufe 1“:

Paar Orthopädische Einlagen	<input type="checkbox"/>
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen	<input type="checkbox"/>
Orthopädisch konfektionierte Schuhe	<input type="checkbox"/>

3. Orthopädische Schuhausstattung:

Schuhform / Schuhhöhe:			Schuharten orthopädische Schuhe:		
Sandale	<input type="checkbox"/>		Berufsschuh / Arbeitsschuh:		
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"/>		Sicherheitsschuh:		
			S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> S4 <input type="checkbox"/> S5 <input type="checkbox"/>		
Einlagentyp:					
			Arbeitssicherheitsschuh S 3 Diabetes Mellitus mit Neuropathie und bei nachgewiesener Diagnose	<input type="checkbox"/>	
1 - Bettungseinlage	<input type="checkbox"/>		Straßenschuh	<input type="checkbox"/>	
2 - Bettungseinlage nach Formabdruck	<input type="checkbox"/>		Hausschuh	<input type="checkbox"/>	
3 - Schaleeinlage nach Formabdruck	<input type="checkbox"/>		Sportschuh	<input type="checkbox"/>	
4 - gefräßte Bettungseinlage	<input type="checkbox"/>		Orthesenschuh	<input type="checkbox"/>	
5 - Diabetesbettung nur bei nachg. Diagnose	<input type="checkbox"/>		Verbandsschuh	<input type="checkbox"/>	
6 - Sondereinlage	<input type="checkbox"/>				
7 - Bettungseinlage BGR 191	<input type="checkbox"/>		Therapieschuh:		
8 - Bettungseinlage BGR 191 nach Formabdruck	<input type="checkbox"/>				
9 - Diabetesbettung BGR 191 bei nachgew. Diagnose	<input type="checkbox"/>		Stabilisierungsschuh bei „Sprunggelenksband“-Schädigung	<input type="checkbox"/>	
			Stabilisierungsschuh bei „Achillessehenschädigung“	<input type="checkbox"/>	
Semiorthopädischer Funktionsschuh mit Einlagensystem und Zurichtung:			Stabilisierungsschuh bei „Lähmungszuständen“	<input type="checkbox"/>	
			Fußteil – Entlastungsschuh	<input type="checkbox"/>	
Stabilisation und Lähmung mit Typ 3 Einlage	<input type="checkbox"/>				
Stabilisation und Lähmung S3 mit Typ Einlage	<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:



Zurichtungen am konfektionierten Schuhwerk (außer Sicherheitsschuhe S 1 bis S 3)

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.03.xxxx	orthopädisch vorkonfektionierter Schuh Bedarfsstufe 1 Veränderungen des Absatzes:
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0001	einseitige Absatzverlängerung, Abroll / vorgezogener Absatz
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0002	Einseitige Absatzverbreiterung
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0003	Keilabsatz Schuherrhöhungen:
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.1000	Verkürzungsausgleich im Absatzbereich bis 1 cm, innen oder außen
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.1001	Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich bis 3 cm (Sohle und Absatz) Ausgleichmaß in cm:
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.1003	Einseitige Sohlenerhöhung mit Absatzangleichung
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.1004	Entfernung der Schuherrhöhung
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.1005	Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich ab 3 cm (Sohle und Absatz) Ausgleichmaß in cm:
				Veränderungen der Außensohle ohne Absatz:
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.2000	Rolle mit zurückversetztem Auftritt und mit besonders starker Wirkung
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.2001	Ausgleichsrolle für Gegenseite
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.2002	Schmetterlingsrolle mit Absatzangleichung
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.2003	Schmetterlingsrolle mit zusätzlicher Weichbettung der Mittelfußköpfchen
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.2004	Entfernen der Rolle mit rückversetztem Auftritt Einzelzurichtungen:
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.3001	Einarbeitung einer Stufenentlastung
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.3004	Einarbeitung einer Haglundfersenentlastung oder Vorfußrückenpolster
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.3005	Schuhbodenversteifung
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.3006	Schuhbodenverbreiterung
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.3011	Anbringern von Klett-, Reiß- oder Schnallenverschluss

Zurichtungen am konfektionierten Sicherheitsschuh S 1 bis S 3

Pos.:	Fuß		PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
	linker	rechter		
				Veränderungen der Außensohle:
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0977	1 Paar Ballen-, Mittelfuß- Zehenrollen
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0978	1 Paar Schmetterlingsrolle nicht bei S 3
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0983	1 Paar Sohlenranderhöhungen Innen oder Außen
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0895	1 Stück Schuherhöhung bis 3,0 cm

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

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