

**Verordnung / Bedarfserhebung für orthopädische Schuhe Bedarfsstufe 2**

**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"/>
Reparatur	<input type="checkbox"/>

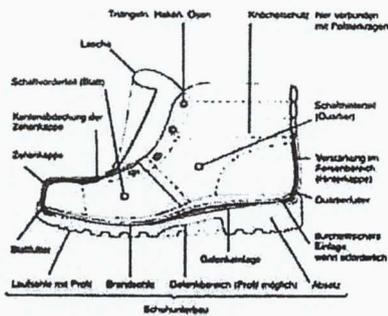
**2. Erforderliche Leistungen der „Bedarfsstufe 2“:**

Vorkonfektionierte / semiorthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/>

**3. Orthopädische Schuhausstattung:**

<u>Schuhform / Schuhhöhe:</u>			<u>Schuharten orthopädische Schuhe:</u>		
	<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"/>	
<u>Reparaturen:</u>			Arbeitssicherheitsschuh S 3	<input type="checkbox"/>	
Neue Vorfuß- und / oder Fersenpolsterung	<input type="checkbox"/>		Straßenschuh	<input type="checkbox"/>	
Polstersohle mit Abdeckung	<input type="checkbox"/>		Hausschuh	<input type="checkbox"/>	
Bodenversteifung mit Einarbeitung	<input type="checkbox"/>		Sportschuh	<input type="checkbox"/>	
Ersatzfußbettung	<input type="checkbox"/>		Badeschuh	<input type="checkbox"/>	
Polstersohle mit Lederabdeckung	<input type="checkbox"/>				
Diabetes-Ersatz-Fußbettung	<input type="checkbox"/>				
<b>Auftragsermächtigung des Kostenträgers liegt vor:</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>Ärztliche Abnahme erforderlich:</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



**Zusatzarbeiten am Grundsuh (außer Sicherheitsschuhe S 1 bis S 3)**

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.11.xxxx	orthopädischer Grundsuh Bedarfsstufe 2
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0001	eine Sohlenrolle
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0002	Zwischensohle
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0004	Profilsohle
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0005	Schmetterlingsrolle
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.13.0210	Schleppabsatz
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.1000	Abroll- Pufferabsatz
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.2000	Mehraufwand bei Maßschuh über Orthese
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.2001	Anbringen eines Verkürzungsausgleichs einschl. Erhöhung der Hinterkappe
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.3001	Einseitig eingewalkte, verstärkte Knöchelstütze mit Polsterung des Knöchels
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.3002	Beidseitig eingewalkte, verstärkte Knöchelstütze mit Positionierung des Knöchels
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.3003	große Peronäuskappe mit Verstärkung über 15 cm hoch
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.3004	kleine Peronäuskappe mit Verstärkung bis 15 cm hoch
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.3005	Arthrodesenkappe, rückfußumschließend mit Polsterung des Knöchels
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.4000	Sohlenversteifung mit Einarbeitung
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.5000	Versteiftes Vorderblatt
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.5001	Teilversteiftes Vorderblatt
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.5002	Mehrpriis für Lammfellfutter
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.5003	Schafterhöhung über 15 cm, je cm
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.5004	Vordere Stützlasche
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.5005	Entlastungspolster im Schaft (Quartier <input type="checkbox"/> , Blatt <input type="checkbox"/> oder Lasche <input type="checkbox"/> )
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.6000	Verkürzungsausgleich mit Schaft- und Hinterkappenerhöhungen je angefangener cm
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.6001	Mehrpriis für Laminatverstärkung am Verkürzungsausgleich ab 6 cm
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.7000	Mehraufwand für Stufenentlastung oder Fußbettung für <u>stark</u> deformierten Fuß
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.7001	Mehraufwand für Entlastung bei Vorfuß- und/oder Fersenpolsterung
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.7002	Polstersohle mit Lederabdeckung o.a. Materialien nach Belastungsabdruck
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.16.0004	Leistenumstellung nach neuen Maßen
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.16.0005	Halbschuhleisten

29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.16.0006	Knöchelleisten
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.16.0007	Beinleisten
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.17.0001	Diabetes adaptierte Fußbettung für orthopädische Schuhe nach Maß bei nachgewiesener Diagnose
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.99.19.0001	Funktionales Gehprobenmodell (Gegenseite bei ärztlicher Begründung)
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.01.11.1001	Zehenersatz bei Erhalt der Mittelfußköpfchen
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.01.11.1002	Mittelfußersatz Chopart Bon Jäger

**Zusatzarbeiten am Sicherheitsschuhe S 1 bis S 3**

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0920	Arthrodesenkappe, inkl. Sohlenversteifung
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0921	Peronäuskappe
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0923	Verkürzungsausgleich mit Schaft- und Hinterkappenerhöhungen je angefangener cm
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0926	Vorkehrungen für Zehenamputationen Lederecke nach DIN CE
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0927	Vorkehrungen für amputierten Mittel- oder Vorfuß Lederecke nach DIN CE
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0928	PU- Überkappe Antistatik / Öl- und Säurefest
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0929	Schafterhöhung – Schafterweiterung ab Schafterhöhung 15 cm
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0930	Eine Sohlenrolle DIN CE
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0931	Hallux Rigidus Vertiefung
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0932	Ballenpolsterung
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0933	Absatzänderung DIN CE
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0935	Knöchelstütze (Innen oder Außen)
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0936	Knöchelstütze beidseits
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.17.0937	Diabetes adaptierte Fußbettung für semiorthopädische Schuhe nach Maß bei nachgewiesener Diagnose
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0938	Stützlasche
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.16.0939	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**