

## Ärztliches Beiblatt für Orthesen

Versicherten-Nr.

Geburtsdatum

Name

Vornamen

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

Versorgungsrelevante Diagnosen

Funktionsdefizite

Besteht eine Stehfähigkeit ohne Orthese

Ja

Nein

Besteht eine Stehfähigkeit mit Orthese

Ja

Nein

Besteht eine Gehfähigkeit ohne Orthese

Ja

Nein

Besteht eine Gehfähigkeit mit Orthese

Ja

Nein

Bewegungsausmasse nach NN-Methode (Knie, Sprunggelenk, Fuss)

Lähmungen (schlaff/spastisch)

Sensibilitätsstörungen

Ja

Nein

Erste Orthesenversorgung am

mit Typ

Grund der Neu-/Folge-Versorgung

Dient die Orthese der Fortbewegung

Ja

Nein

Bei Folgeversorgungen: Wann wurde die zu ersetzende Orthese hergestellt?

---

Gewicht in kg

Grösse in cm

---

Physiotherapie

Ja

Nein

Ergotherapie

Ja

Nein

Bemerkungen

---

---

---

---

---

Datum

Wann ist eine Kontrolle des verordneten Hilfsmittels vorgesehen?

---

Datum

Unterschrift

---