

Ärztliches Beiblatt für Prothesen

Versicherten-Nr. Geburtsdatum

Name

Vornamen

Strasse, Hausnummer PLZ, Ort

Versorgungsrelevante Diagnosen

Begleiterkrankungen

Amputation am

Höhe Grund

Erste prothetische Versorgung am

Schaft: OS längsoval Ja Nein

Schaft: OS queroval Ja Nein

Liner (welcher)

Knie (Typ)

Fuss (Typ)

Letzte prothetische Versorgung am

Probleme mit der Prothesenversorgung (z.B. Passform, Druckstellen, usw.)

Gewicht in kg

Grösse in cm

Gehvermögen mit der jetzigen Versorgung auf ebenem Grund

- sehr gut
- gut
- eingeschränkt

Gehvermögen mit der jetzigen Versorgung auf unebenem Grund

- sehr gut
- gut
- eingeschränkt

Aktivitätsgrad/Mobilitätsgrad

- Innenbereichsgeher
- eingeschränkter Aussenbereichsgeher
- uneingeschränkter Aussenbereichsgeher
- uneingeschränkter Aussenbereichsgeher mit besonders hohen Ansprüchen

Bemerkungen

Datum

Wann ist eine Kontrolle des verordneten Hilfsmittels vorgesehen?

Datum

Unterschrift
