

Ärztliches Beiblatt für Schuhe

Versicherten-Nr. _____ Geburtsdatum _____

Name _____

Vornamen _____

Strasse, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Versorgungsrelevante Diagnosen _____

pathologische Befunde (z.B. Deformitäten, senso-motorische Störungen)

Beinlängendifferenz rechts/links in cm _____

Fusslängendifferenz Ja Nein

Fuss-Operationen _____

Wann _____

Bisherige Versorgung? (Einlagen, Schuhzurichtungen, orthopädische Schuhe)

suffizient/insuffizient, weil

Gewicht in kg _____ Grösse in cm _____

Gehvermögen

- nicht gehfähig
- Wohnung
- kurze Strecke ausser Haus
- uneingeschränkt

Welche Versorgungsart ist erforderlich

- zugerichteter Konfektionsschuh
- orthopädische Serienschuhe (Halbfabrikat)
- orthopädische Spezialschuhe
- Massschuhe

Bemerkungen

Datum

Wann ist eine Kontrolle des verordneten Hilfsmittels vorgesehen?

Datum

Unterschrift
