

Verordnung / Bedarfserhebung für orthopädische Schuhe **Bedarfsstufe 1**

Kostenträger:

Versicherter:

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

Diagnose / Befund:

1. Leistungen der „Bedarfsstufe 1“:

Orthopädische Einlagen	
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen	
Orthopädische konfektionierte Schuhe	

2. Umfang der Schuhausstattung:

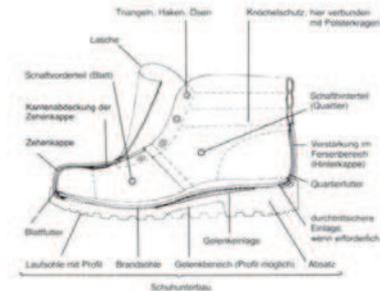
Erstausstattung	<input type="checkbox"/>
Wechselausstattung	<input type="checkbox"/>
Folgeversorgung	<input type="checkbox"/>

3. Orthopädische Schuhausstattung:

<u>Schuhform / Schuhhöhe:</u>		<u>Schuharten orthopädische Schuhe:</u>	
Sandale	<input type="checkbox"/>	<i>Berufsschuh / Arbeitsschuh:</i>	
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"/>	<i>Sicherheitsschuh:</i>	
		S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> S4 <input type="checkbox"/> S5 <input type="checkbox"/>	
<u>Amputationsausgleich:</u>		<i>Sicherheitsschuh mit Kettensägenschutz:</i>	
Herausnehmbarer Zehenersatz	<input type="checkbox"/>	Schutzniveau 1 <input type="checkbox"/> Schutzniveau 2 <input type="checkbox"/> Schutzniveau 3 <input type="checkbox"/>	
<u>Einlagentyp:</u>		Arbeitssicherheitsschuh S 3 Diabetes Mellitus mit und oder Neuropathie und bei nachgewiesener Diagnose	<input type="checkbox"/>
1 - Bettungseinlage	<input type="checkbox"/>	Arbeitssicherheitsschuh S 3 Diabetes Mellitus mit und oder Neuropathie und bei nachgewiesener Diagnose und mehr Volumen (Ballenmaß 26cm bis 28 cm)	<input type="checkbox"/>
2 - Bettungseinlage nach Formabdruck	<input type="checkbox"/>		
3 - Schaleneinlage nach Formabdruck	<input type="checkbox"/>	Straßenschuh	<input type="checkbox"/>
4 - gefräßte Bettungseinlage	<input type="checkbox"/>	Haus Schuh	<input type="checkbox"/>
5 - Diabetesbettung nur bei nachg. Diagnose und/oder Neuropathien	<input type="checkbox"/>	Sportschuh	<input type="checkbox"/>
6 - Sondereinlage	<input type="checkbox"/>	Orthesenschuh	<input type="checkbox"/>
7 - Bettungseinlage DGUV-Regel 112/991	<input type="checkbox"/>	Verbandsschuh	<input type="checkbox"/>
8 - Bettungseinlage DGUV-Regel 112/991 nach Formabdruck	<input type="checkbox"/>		
9 - Diabetesbettung DGUV-Regel 112/991 bei nachgew. Diagnose und/oder Neuropathien	<input type="checkbox"/>	<i>Therapieschuh:</i>	

		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:



Grunds Schuh und Zurichtungen (außer Sicherheits-/Berufs-/Arbeits Schuh)

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

Konfektionierter Grunds Schuh:

1 31.03.03.xxxx orthopädisch konfektionierter Schuh Bedarfsstufe 1 betroffene Seite

Veränderungen des Absatzes:

2 31.03.04.0001 einseitige Absatzverlängerung, Abroll / vorgezogener Absatz

3 31.03.04.0002 Einseitige Absatzverbreiterung

4 31.03.04.0003 Keilabsatz

Schuh erhöhungen:

5 31.03.04.1000 Verkürzungsausgleich im Absatzbereich bis 1 cm, innen oder außen

6 31.03.04.1001 Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich bis 3 cm (Sohle und Absatz)
Ausgleichmaß in cm:

7 31.03.04.1003 Einseitige Sohlenerhöhung mit Absatzangleichung

8 31.03.04.1004 Entfernung der Schuherhöhung

9 31.03.04.1005 Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich ab 3 cm (Sohle und Absatz)
Ausgleichmaß in cm:

Veränderungen der Außensohle ohne Absatz:

10 31.03.04.2000 Rolle mit zurückversetztem Auftritt und mit besonders starker Wirkung

11 31.03.04.2001 Ausgleichsrolle für Gegenseite

12 31.03.04.2002 Schmetterlingsrolle mit Absatzangleichung

13 31.03.04.2003 Schmetterlingsrolle mit zusätzlicher Weichbettung der Mittelfußköpfchen

14 31.03.04.2004 Entfernen der Rolle mit rückversetztem Auftritt

Einzelzurichtungen:

15 31.03.04.3001 Einarbeitung einer Stufenentlastung

16 31.03.04.3004 Einarbeitung einer Haglundfersenentlastung oder Vorfußrückenpolster

17 31.03.04.3005 Schuhbodenversteifung

18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.3006	Schuhbodenverbreitung
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.3011	Anbringern von Klett-, Reiß- oder Schnallenverschluss

Grundsuh und Zurichtungen am Sicherheits-/Berufs-/Arbeitsschuh

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

Konfektionierter Grundsuh:

20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.03.xxxx	orthopädisch konfektionierter Schuh Bedarfsstufe 1 <u>betroffene Seite</u>
----	--------------------------	--------------------------	---------------	--

Veränderungen der Außensohle außer S4 und S5:

21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0977	1 Paar Ballen-, Mittelfuß- Zehenrollen
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0978	1 Paar Schmetterlingsrolle nicht bei S 3
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0983	1 Paar Sohlenranderhöhungen Innen oder Außen
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0895	1 Stück Schuherhöhung bis 3,0 cm

Amputationsausgleich konfektionierter Schuh

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

Ergänzung zum Schuhwerk:

25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.04.0977	Zehenersatz, herausnehmbar auf Fußbettung gearbeitet
----	--------------------------	--------------------------	---------------	--

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

linker rechter
Pos.: Fuß Fuß PG 08 / 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"/>

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
