

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

Kostenträger:

Versicherter:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse:

Wohnort:

Az. / Unfall.-Nr.:

Diagnose / Befund:

## 1. Leistungen der „Bedarfsstufe 2“:

Orthopädischer Maßschuh in industrieller oder modularer Fertigung unter Verwendung eines individuellen Schuhleistens

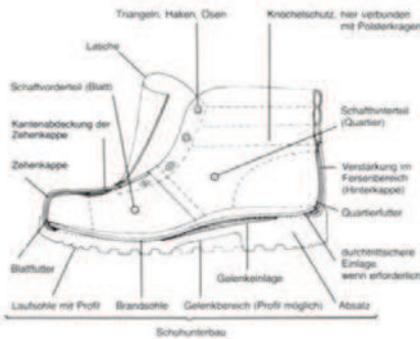
## 2. Umfang der Schuhausstattung:

Erstausstattung	<input type="checkbox"/>
Wechsellausstattung	<input type="checkbox"/>
Folgeversorgung	<input type="checkbox"/>
Reparatur	<input type="checkbox"/>

## 3. Orthopädische Schuhausstattung:

Schuhform / Schuhhöhe:		Schuharten orthopädische Schuhe:	
	<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"/>
		Arbeitssicherheitsschuh mit Kettensäge-	<input type="checkbox"/>
Neue Vorfuß- und / oder Fersenpolsterung	<input type="checkbox"/>	schnittschutz Schnutzniveau 2	
Polstersohle mit Abdeckung	<input type="checkbox"/>		
Bodenversteifung mit Einarbeitung	<input type="checkbox"/>	Straßenschuh	<input type="checkbox"/>
Ersatzfußbettung	<input type="checkbox"/>	Hausschuh	<input type="checkbox"/>
Polstersohle mit Lederabdeckung	<input type="checkbox"/>	Sportschuh	<input type="checkbox"/>
Diabetes-Ersatz-Fußbettung	<input type="checkbox"/>	Badeschuh	<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:**



**Grundschuh und Zusatzarbeiten (außer Sicherheits-/Berufs-/Arbeitsschuh)**

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.11.xxxx	orthopädischer Maßgrundschuh Bedarfsstufe 2 <u>betroffene Seite</u>
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	Mehrpreis 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	Mehrpreis 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 und/oder Neuropathien
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

### Grundschuh und Zusatzarbeiten am Sicherheits-/Berufs-/Arbeitsschuh

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.11.xxxx	orthopädischer Maßgrundschuh Bedarfsstufe 2 <u>betroffene Seite</u>
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0920	Arthrodesenkappe, inkl. Sohlenversteifung
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0921	Peronäuskappe
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0923	Verkürzungsausgleich mit Schaft- und Hinterkappenerhöhungen je angefangener cm:
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0926	Vorkehrungen für Zehenamputationen Lederecke nach DIN CE
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0927	Vorkehrungen für amputierten Mittel- oder Vorfuß Lederecke nach DIN CE
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0928	PU- Überkappe Antistatik / Öl- und Säurefest
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0929	Schafterhöhung – Schafterweiterung ab Schafterhöhung 15 cm
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0930	Eine Sohlenrolle DIN CE
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0931	Hallux Rigidus Vertiefung
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0932	Ballenpolsterung
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0933	Absatzänderung DIN CE
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0935	Knöchelstütze (Innen oder Außen)
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0936	Knöchelstütze beidseits
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.17.0937	Diabetes adaptierte Fußbettung für semiorthopädische Schuhe nach Maß bei nachgewiesener Diagnose und/oder Neuropathien
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0938	Stützlasche
51	<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