



www.risiko-raus.de

DGUV, Landesverband Südost, Am Knie 8, 81241 München

An die
Damen und Herren
Durchgangärzte
in Bayern und Sachsen

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen: 418.86
Ansprechpartner: Markus Romberg
Telefon: 089 82003-500, 501, 502, 503
Fax: 089 82003-599
E-Mail: lv-suedost@dguv.de

Datum: 30. November 2011

Rundschreiben Nr. 11/2011 (D)

Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

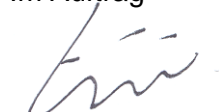
für die Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung wurde ein eigener Verordnungsvordruck (F 2404 - Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen) entwickelt.

Bitte nehmen Sie ab sofort entsprechende Verordnungen ausschließlich mit diesem Vordruck vor.

Die Verordnung ist **nicht** dem Versicherten auszuhändigen oder an einen Leistungserbringer zu übergeben, sondern dem im Einzelfall zuständigen Unfallversicherungsträger, der damit einen Hinweis erhalten soll, dass eine entsprechende Versorgung des Versicherten notwendig ist.

Den Verordnungsvordruck erhalten Sie anbei als PDF-Dokument. Weitere Exemplare in Papierform können Sie bei uns bestellen (für Bayern: Fax 089/82 003 599 bzw. E-Mail lv-suedost@dguv.de; für Sachsen: Fax 0351/457 21 05 bzw. E-Mail lv-suedost-dresden@dguv.de).

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag



Harald Zeitler
Geschäftsstellenleiter

Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen

Unfallversicherungsträger		Die Verordnung muss dem zuständigen Unfallversicherungsträger übermittelt werden.
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort		
Unfalltag		Diagnose
1 Umfang der erforderlichen Schuhausstattung		
<input type="checkbox"/> Erstausstattung <input type="checkbox"/> Wechselausstattung <input type="checkbox"/> Ersatzausstattung <input type="checkbox"/> Reparatur		
2 Erforderliche Leistungen		
<input type="checkbox"/> Orthopädische Einlagen <input type="checkbox"/> Vorkonfektionierte/semiorthopädische Schuhe <input type="checkbox"/> Orthopädische Zurichtung konfektioniierter Schuhe <input type="checkbox"/> Orthopädische Maßschuhe <input type="checkbox"/> Orthopädisch konfektionierte Schuhe		
3 Orthopädische Schuhausstattung		
Schuhform/Schuhhöhe:		
<input type="checkbox"/> Halbschuh <input type="checkbox"/> knöchelübergreifend <input type="checkbox"/> Sandale		
Schuharten orthopädische Schuhe:		
<input type="checkbox"/> Straßenschuh <input type="checkbox"/> Hausschuh <input type="checkbox"/> Sportschuh <input type="checkbox"/> Badeschuh		
<input type="checkbox"/> Verbandsschuh/Therapieschuh <input type="checkbox"/> Winterstiefel <input type="checkbox"/> Arbeitsschuh, wenn bekannt <input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuh S 1 <input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuh S 2 <input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuh S 3		
Auftrag auf Wunsch des Leistungsträgers erteilt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Ärztliche Abnahme erforderlich: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Begründung und Therapieziel für die orthopädische Schuhausstattung:		
Sonstige Bemerkungen:		
Datum		Unterschrift/Stempel