

Krankenkasse		<b>Anlage zur ärztlichen Hilfsmittelverordnung</b>										
Name, Vorname, Geburtsdag												
Kassen-Nr.      Versicherungsnummer		Schuhversorgung nach Risikoklassen bei Diabetischem Fußsyndrom und analogen Neuro-Angio-Arthropathien										
Betriebsstellen-Nr.      Arzt-Nr.      Datum		<b>Verordnung von:</b> Diabetikerschutzschuh Orthopädischer Maßschuh Diabetesadaptierte Bettung Weichpolstereinlage	<b>Rechts</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Links</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
<b>Fußbefund:</b>												
Periphere Polyneuropathie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Vibrationswahrnehmung Großzehe		_____ /8	_____ /8									
Wahrnehmung Monofilament 10 g gestört		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Periphere Arterielle Verschlusskrankheit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Zustand nach diabetischem Ulcus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Zustand nach Amputation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Zustand nach MFK-Resektion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Deformierungen und Zeichen der Fehlstatik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Zehendeformierungen/Krallenzehen/Hammerzehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Knick-Senk-Spreizfuß		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Hohlfuß		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Hallux valgus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Hallux rigidus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Plantare Schwielenbildung/Hyperkeratosen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Charcotfuß		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<b>Konstruktionsmerkmale:</b>		<b>Rechts</b>	<b>Links</b>									
Sohlenversteifung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Ballenrolle/Abrollhilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Knöchelkappe innen/außen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Arthrodesenkappe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Innenschuh		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Mindesthöhe (cm)		_____	_____									
Höhenausgleich (cm)		_____	_____									
<b>Risikogruppe:</b>		<b>Höherversorgung:</b>										
I	II	III	IV	V	VI	VI	Ja	Nein				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Zutreffende Kriterien für eine höhergradige Versorgung:</b>												
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verordnungsbegründende Diagnosen - Besonderheiten</b>												
Stempel/Arztunterschrift												
Abnahme des Hilfsmittels durch den Arzt ist erfolgt				Datum:				Arztunterschrift:				