

Anlage 14
Muster zur ärztlichen Hilfsmittelversorgung - Schuhversorgung

Krankenkasse		Anlage zur ärztlichen Hilfsmittelverordnung										
Name, Vorname, Geburtsdag												
Kassen-Nr. Versicherungsnummer		Schuhversorgung nach Risikoklassen bei Diabetischem Fußsyndrom und analogen Neuro-Angio-Arthropathien										
Betriebsstellen-Nr. Arzt-Nr. Datum		Verordnung von: Diabetikerschutzschuh Orthopädischer Maßschuh Diabetesadaptierte Bettung Weichpolstereinlage	Rechts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Links <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
Fußbefund:												
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"/>									
Konstruktionsmerkmale:		Rechts	Links									
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)		_____	_____									
Risikogruppe:		Höherversorgung:										
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"/>				
Zutreffende Kriterien für eine höhergradige Versorgung:												
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"/>
Verordnungsbegründende Diagnosen - Besonderheiten												
Stempel/Arztunterschrift												
Abnahme des Hilfsmittels durch den Arzt ist erfolgt				Datum:				Arztunterschrift:				