

Ärztliche Verordnung Fussversorgung

Personalien Herr Frau

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____ AHV-Nr: _____

Kostenträger: Privat Krankenkasse IV SUVA

Diagnose

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spreizfuss | <input type="checkbox"/> Senkfuss | <input type="checkbox"/> Knickfuss | <input type="checkbox"/> Knickplattfuss |
| <input type="checkbox"/> Ballenhohlfuss | <input type="checkbox"/> Fersensporen | <input type="checkbox"/> Hallux Valgus | <input type="checkbox"/> Krallenzehen |
| <input type="checkbox"/> Metatarsalgie | <input type="checkbox"/> Achillodynie | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fuss innen-/ausserrotiert |
| <input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Hüftbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kniebeschwerden | <input type="checkbox"/> Beschwerden OSG/USG |

Einlagen nach Mass

Einlagen nach Abdruck Fussabdruck mit Gipsmodell propriozeptive Fussorthesen

Spezielles

	Links mm	Rechts mm
<input type="checkbox"/> Beinverkürzungsausgleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fersensporenentlastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schockdämpfung bds.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stabilschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Orthopädische Serienschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Spezialschuhe für Orthesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schuherhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sohlenversteifung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abrollrampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Innen- <input type="checkbox"/> Ausserranderrhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung / anderes Hilfsmittel

Verordnende/r Ärztin/Arzt

Ort, Datum: _____ Unterschrift und Stempel: _____

Telefon: _____ Bitte um telefonische Rücksprache