

Anlage 14
Muster zur ärztlichen Hilfsmittelversorgung - Schuhversorgung

Krankenkasse		Anlage zur ärztlichen Hilfsmittelverordnung Schuhversorgung nach Risikoklassen bei Diabetischem Fußsyndrom und analogen Neuro-Angio-Arthropathien										
Name, Vorname, Geburtsdag												
Kassen-Nr. Versicherungsnummer		Verordnung von: Diabetikerschutzschuh Orthopädischer Maßschuh Diabetesadaptierte Bettung Weichpolstereinlage	Rechts	Links								
Betriebsstellen-Nr. Arzt-Nr. Datum			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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"/>								
Zutreffende Kriterien für eine höhergradige Versorgung:												
a b c d e f g h i j k l m												
<input type="checkbox"/>												
Verordnungsbegründende Diagnosen - Besonderheiten												
Stempel/Arztunterschrift												
Abnahme des Hilfsmittels durch den Arzt ist erfolgt				Datum:				Arztunterschrift:				