

Orthopädieschuhtechnische Verordnung Vertrag BV Diabetischer Fuß KVSH

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum
		_ _ _ _ _ _ _

Praxisstempel

Diagnosen

Art der Verordnung: Diabetes Schutzschuhe, Orthopädische Maßschuhe/Stiefel, bitte genau spezifizieren analog Fußdokumentation

Fußbefund	rechts	links
Zehendeformität: (Hallux valgus, Krallenzehen etc.)		
Rück- oder Mittelfußdeformation		
Vorfußdeformation		
Bewegungseinschränkung (Zehengelenke, Sprunggelenke)		
Ulcera (Wagner Stadium) abgeheilt?		
Zehenamputation? <small>entsprechend Fußdokumentation</small>		
Fußverkürzung	cm	cm
Beinlängenverkürzung	cm	cm
trophische Störungen		
Neuropathie: Stimmgabel/Monofilament		
signif. pAVK?		
Pflegezustand der Füße?		
Druckschwielen?		
DNOAP <small>gemäß Fußdokumentation</small>		

Ergänzende Angaben bei orthopädischen Maßschuhen

1. Sind schon andere Versorgungen versucht worden?

- Einlagen (welche?, wie lange?)
- Schuhzurichtungen (welche?, wie lange?)
- Sonstiges

2. Warum reicht diese Versorgungsform nicht (mehr) aus?

3. Erforderliche Elemente des Schuhs (kurze Beschreibung):

- Bettung/Stützung/Entlastung/Dämpfung
- Lotaufbau (medial/lateral, Mittel- und/oder Rückfuß)
- Schafthöhe cm;
- Sonstiges

4. Mobilitätsgrad ohne orthopädische Schuhe

- 1. uneingeschränkt mobil, berufstätig = 1
- 2. gehfähig, kurze Strecken außer Haus = 2
- 3. gehfähig, nur im häuslichen Bereich = 3
- 4. nicht gehfähig = 4

Erwarteter Mobilitätsgrad mit Schuh:

5. Schuhe zweckgebunden (z. B. Arbeit, Freizeit, Hausschuhe?)

Datum/ Unterschrift

Stempel