

Krankenkasse bzw. Kostenträger										
Name, Vorname des Versicherten		geb. am								
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status								
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum								
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								

Orthopädieschuhtechnische Verordnung

Vertrag über die besondere Versorgung „Diabetisches Fußsyndrom“ gemäß § 140 a SGB V

Praxisstempel

Diagnosen:

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

Fußbefund	links	rechts
besondere Entlastungsnotwendigkeiten		

Datum/ Unterschrift Stempel