

Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen

Unfallversicherungsträger		Die Verordnung muss dem zuständigen Unfallversicherungsträger übermittelt werden. Soweit nur orthopädische Einlagen verordnet werden, ist die Verordnung der versicherten Person bzw. dem Leistungserbringer/der Leistungserbringerin auszuhändigen.		
Name der versicherten Person	Vorname			Geburtsdatum
Vollständige Anschrift				
Unfalltag	Az. des UV-Trägers		Diagnose	
1 Umfang der erforderlichen Schuhausstattung				
<input type="checkbox"/> Erstausrüstung <input type="checkbox"/> Wechseleusrüstung <input type="checkbox"/> Ersatzausstattung <input type="checkbox"/> Reparatur				
2 Erforderliche Leistungen				
<input type="checkbox"/> Orthopädische Einlagen * <input type="checkbox"/> Vorkonfektionierte/semiorthopädische Schuhe <input type="checkbox"/> Orthopädische Zurichtung konfektionierter Schuhe <input type="checkbox"/> Orthopädische Maßschuhe <input type="checkbox"/> Orthopädisch konfektionierte Schuhe				
* Bei der Versorgung mit Einlagen für Arbeitssicherheitsschuhe sind Baumuster-Vorschriften zu beachten.				
3 Orthopädische Schuhausstattung				
Schuhform/Schuhhöhe:				
<input type="checkbox"/> Halbschuh <input type="checkbox"/> knöchelübergreifend <input type="checkbox"/> Sandale				
Schuharten orthopädische Schuhe:				
<input type="checkbox"/> Straßenschuh <input type="checkbox"/> Hausschuh <input type="checkbox"/> Sportschuh <input type="checkbox"/> Badeschuh <input type="checkbox"/> Verbandsschuh/Therapieschuh <input type="checkbox"/> Winterstiefel <input type="checkbox"/> Arbeitsschuh, wenn bekannt <input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuh				
Auftrag auf Wunsch des Unfallversicherungsträgers erteilt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Ärztliche Abnahme erforderlich: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Begründung und Therapieziel für die orthopädische Schuhausstattung:				
Sonstige Bemerkungen:				
Datum		Unterschrift/Stempel		