

Verordnung / Bedarfserhebung für orthopädische Schuhe Bedarfsstufe 1

Kostenträger:

Versicherter:

Name:
 Vorname:
 Geb. Datum:
 Straße:
 Wohnort:
 Az. / Unfall.-Nr.:

Diagnose / Befund:

1. Leistungen der „Bedarfsstufe 1“:

Orthopädische Einlagen	
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen	
Orthopädische konfektionierte Schuhe	

2. Umfang der Schuhausstattung:

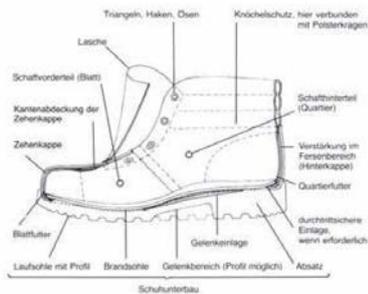
Erstausstattung	<input type="checkbox"/>
Wechselausstattung	<input type="checkbox"/>
Folgeversorgung	<input type="checkbox"/>

3. Orthopädische Schuhausstattung:

<u>Schuhform / Schuhhöhe:</u>		<u>Schuharten orthopädische Schuhe:</u>	
Sandale	<input type="checkbox"/>	<i>Berufsschuh / Arbeitsschuh:</i>	
Halbschuh	<input type="checkbox"/>	O1 <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> O3 <input type="checkbox"/> O4 <input type="checkbox"/> O5 <input type="checkbox"/>	
Knöchelübergreifend	<input type="checkbox"/>		
Stiefel	<input type="checkbox"/>	<i>Sicherheitsschuh:</i>	
		S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> S4 <input type="checkbox"/> S5 <input type="checkbox"/>	
<u>Amputationsausgleich:</u>		<i>Sicherheitsschuh mit Kettensägenschutz:</i>	
Herausnehmbarer Zehenersatz	<input type="checkbox"/>	Schutzniveau 1 <input type="checkbox"/> Schutzniveau 2 <input type="checkbox"/> Schutzniveau 3 <input type="checkbox"/>	
<u>Einlagentyp:</u>		Arbeitssicherheitsschuh S 3 Diabetes Mellitus mit und oder Neuropathie und bei nachgewiesener Diagnose	<input type="checkbox"/>
1 - Bettungseinlage	<input type="checkbox"/>	Arbeitssicherheitsschuh S 3 Diabetes Mellitus mit und oder Neuropathie und bei nachgewiesener Diagnose und mehr Volumen (Ballenmaß 26cm bis 28 cm)	<input type="checkbox"/>
2 - Bettungseinlage nach Formabdruck	<input type="checkbox"/>		
3 - Schaleneinlage nach Formabdruck	<input type="checkbox"/>	Straßenschuh	<input type="checkbox"/>
4 - gefräßte Bettungseinlage	<input type="checkbox"/>	Haus Schuh	<input type="checkbox"/>
5 - Diabetesbettung nur bei nachg. Diagnose und/oder Neuropathien	<input type="checkbox"/>	Sportschuh	<input type="checkbox"/>
6 - Sondereinlage	<input type="checkbox"/>	Orthesenschuh	<input type="checkbox"/>
7 - Bettungseinlage DGUV-Regel 112/991	<input type="checkbox"/>	Verbandsschuh	<input type="checkbox"/>
8 - Bettungseinlage DGUV-Regel 112/991 nach Formabdruck	<input type="checkbox"/>		
9 - Diabetesbettung DGUV-Regel 112/991 bei nachgew. Diagnose und/oder Neuropathien	<input type="checkbox"/>	<i>Therapieschuh:</i>	

		Stabilisierungsschuh bei „Sprunggelenksband“ - Schädigung	<input type="checkbox"/>
		Stabilisierungsschuh bei „Achillessehenschädigung“	<input type="checkbox"/>
Semiorthopädischer Funktionsschuh mit Einlagensystem und Zurichtung:		Stabilisierungsschuh bei „Lähmungszuständen“	<input type="checkbox"/>
		Fußteil – Entlastungsschuh	<input type="checkbox"/>
Stabilisation und Lähmung mit Typ 3 Einlage	<input type="checkbox"/>		
Stabilisation und Lähmung S3 mit Typ Einlage	<input type="checkbox"/>		
Auftragsermächtigung des Kostenträgers liegt vor:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Ärztliche Abnahme erforderlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

4. Für die orthopädische Schuhversorgung sind „unfallbedingt“ erforderlich:



Grunds Schuh und Zurichtungen (außer Sicherheits-/Berufs-/Arbeitschuh)

linker rechter
Pos.: Fuß Fuß PG 31 Nummer: Leistungsbeschreibung:

Konfektionierter Grunds Schuh:

1 31.03.03.xxxx orthopädisch konfektionierter Schuh Bedarfsstufe 1 betroffene Seite

Veränderungen des Absatzes:

2 31.03.04.0001 einseitige Absatzverlängerung, Abroll / vorgezogener Absatz

3 31.03.04.0002 Einseitige Absatzverbreiterung

4 31.03.04.0003 Keilabsatz

Schuherrhöhungen:

5 31.03.04.1000 Verkürzungsausgleich im Absatzbereich bis 1 cm, innen oder außen

6 31.03.04.1001 Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich bis 3 cm (Sohle und Absatz)
Ausgleichmaß in cm:

7 31.03.04.1003 Einseitige Sohlenerhöhung mit Absatzangleichung

8 31.03.04.1004 Entfernung der Schuherrhöhung

9 31.03.04.1005 Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich ab 3 cm (Sohle und Absatz)
Ausgleichmaß in cm:

Veränderungen der Außensohle ohne Absatz:

10 31.03.04.2000 Rolle mit zurückversetztem Auftritt und mit besonders starker Wirkung

11 31.03.04.2001 Ausgleichsrolle für Gegenseite

12 31.03.04.2002 Schmetterlingsrolle mit Absatzangleichung

13 31.03.04.2003 Schmetterlingsrolle mit zusätzlicher Weichbettung der Mittelfußköpfchen

14 31.03.04.2004 Entfernen der Rolle mit rückversetztem Auftritt

Einzelzurichtungen:

15 31.03.04.3001 Einarbeitung einer Stufenentlastung

16 31.03.04.3004 Einarbeitung einer Haglundfersenentlastung oder Vorfußrückenpolster

17 31.03.04.3005 Schuhbodenversteifung

- | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|---------------|---|
| 18 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31.03.04.3006 | Schuhbodenverbreiterung |
| 19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31.03.04.3011 | Anbringern von Klett-, Reiß- oder Schnallenverschluss |

Grundsuh und Zurichtungen am Sicherheits-/Berufs-/Arbeitssuh

linker rechter
Pos.: Fuß Fuß PG 31 Nummer: Leistungsbeschreibung:

Konfektionierter Grundsuh:

- | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|---------------|--|
| 20 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31.03.03.xxxx | orthopädisch konfektionierter Schuh Bedarfsstufe 1 <u>betroffene Seite</u> |
|----|--------------------------|--------------------------|---------------|--|

Veränderungen der Außensohle außer S4 und S5:

- | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|---------------|--|
| 21 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31.03.04.0977 | 1 Paar Ballen-, Mittelfuß- Zehenrollen |
| 22 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31.03.04.0978 | 1 Paar Schmetterlingsrolle nicht bei S 3 |
| 23 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31.03.04.0983 | 1 Paar Sohlenranderhöhungen Innen oder Außen |
| 24 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31.03.04.0895 | 1 Stück Schuherhöhung bis 3,0 cm |

Amputationsausgleich konfektionierter Schuh

linker rechter
Pos.: Fuß Fuß PG 31 Nummer: Leistungsbeschreibung:

Ergänzung zum Schuhwerk:

- | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|---------------|--|
| 25 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31.03.04.0977 | Zehenersatz, herausnehmbar auf Fußbettung gearbeitet |
|----|--------------------------|--------------------------|---------------|--|

5. Für die orthopädische Schuh/Einlagenausstattung sind „unfallunabhängig“ erforderlich:

linker rechter
Pos.: Fuß Fuß PG 08 / 31 Nummer: Leistungsbeschreibung:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Begründung / Therapieziel für orthopädische Schuhausstattung:
Sonstige Bemerkungen:

Auftrag an Firma: _____, den _____

- auf Wunsch des Kostenträgers erteilt
- nicht erteilt
- Kostenvoranschlag auf Wunsch des Kostenträgers liegt anbei

Verordnung / Bedarfserhebung für orthopädische Schuhe **Bedarfsstufe 2**

Kostenträger:

Versicherter:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse:

Wohnort:

Az. / Unfall.-Nr.:

Diagnose / Befund:

1. Leistungen der „Bedarfsstufe 2“:

Orthopädischer Maßschuh in industrieller oder modularer Fertigung unter Verwendung eines individuellen Schuhleistens

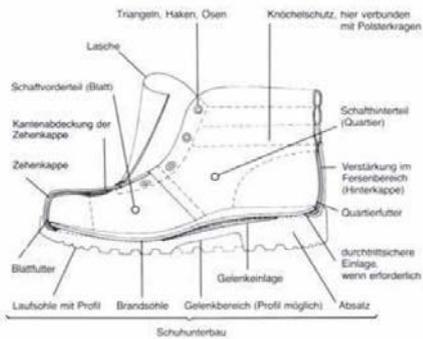
2. Umfang der Schuhausstattung:

Erstausstattung	<input type="checkbox"/>
Wechsellausstattung	<input type="checkbox"/>
Folgeversorgung	<input type="checkbox"/>
Reparatur	<input type="checkbox"/>

3. Orthopädische Schuhausstattung:

Schuhform / Schuhhöhe:		Schuharten orthopädische Schuhe:	
	<input type="checkbox"/>		
Sandale	<input type="checkbox"/>	Arbeitsschuh / Berufsschuh ohne	<input type="checkbox"/>
Halbschuh	<input type="checkbox"/>	Baumusterprüfung	
knöchelübergreifend	<input type="checkbox"/>		
Stiefel	<input type="checkbox"/>	Arbeitssicherheitsschuh S 1	<input type="checkbox"/>
		Arbeitssicherheitsschuh S 2	<input type="checkbox"/>
<u>Reparaturen:</u>		Arbeitssicherheitsschuh S 3	<input type="checkbox"/>
		Arbeitssicherheitsschuh mit Kettensäge-	<input type="checkbox"/>
Neue Vorfuß- und / oder Fersenpolsterung	<input type="checkbox"/>	schnittschutz Schnutzniveau 2	
Polstersohle mit Abdeckung	<input type="checkbox"/>		
Bodenversteifung mit Einarbeitung	<input type="checkbox"/>	Straßenschuh	<input type="checkbox"/>
Ersatzfußbettung	<input type="checkbox"/>	Hausschuh	<input type="checkbox"/>
Polstersohle mit Lederabdeckung	<input type="checkbox"/>	Sportschuh	<input type="checkbox"/>
Diabetes-Ersatz-Fußbettung	<input type="checkbox"/>	Badeschuh	<input type="checkbox"/>
Auftragsermächtigung des Kostenträgers liegt vor	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
		Ärztliche Abnahme erforderlich:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

4. Für die orthopädische Schuhversorgung sind „unfallbedingt“ erforderlich:



Grundschuh und Zusatzarbeiten (außer Sicherheits-/Berufs-/Arbeitsschuh)

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.11.xxxx	orthopädischer Maßgrundschuh Bedarfsstufe 2 <u>betroffene Seite</u>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0001	eine Sohlenrolle
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0002	Zwischensohle
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0004	Profilsohle
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0005	Schmetterlingsrolle
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.13.0210	Schleppabsatz
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.1000	Abroll- Pufferabsatz
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.2000	Mehraufwand bei Maßschuh über Orthese
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.2001	Anbringen eines Verkürzungsausgleichs einschl. Erhöhung der Hinterkappe
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.3001	Einseitig eingewalkte, verstärkte Knöchelstütze mit Polsterung des Knöchels
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.3002	Beidseitig eingewalkte, verstärkte Knöchelstütze mit Positionierung des Knöchels
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.3003	große Peronäuskappe mit Verstärkung über 15 cm hoch
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.3004	kleine Peronäuskappe mit Verstärkung bis 15 cm hoch
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.3005	Arthrodesenkappe, rückfußumschließend mit Polsterung des Knöchels
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.4000	Sohlenversteifung mit Einarbeitung
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.5000	Versteiftes Vorderblatt
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.5001	Teilversteiftes Vorderblatt
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.5002	Mehrpreis für Lammfellfutter
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.5003	Schafterhöhung über 15 cm, je cm
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.5004	Vordere Stützlasche
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.5005	Entlastungspolster im Schaft (Quartier <input type="checkbox"/> , Blatt <input type="checkbox"/> oder Lasche <input type="checkbox"/>)
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.6000	Verkürzungsausgleich mit Schaft- und Hinterkappenerhöhungen je angefangener cm:
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.6001	Mehrpreis für Laminatverstärkung am Verkürzungsausgleich ab 6 cm
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.7000	Mehraufwand für Stufenentlastung oder Fußbettung für <u>stark</u> deformierten Fuß
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.7001	Mehraufwand für Entlastung bei Vorfuß- und/oder Fersenpolsterung
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.7002	Polstersohle mit Lederabdeckung o.a. Materialien nach Belastungsabdruck
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.16.0004	Leistenumstellung nach neuen Maßen
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.16.0005	Halbschuhleisten

29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.16.0006	Knöchelleisten
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.16.0007	Beinleisten
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.17.0001	Diabetes adaptierte Fußbettung für orthopädische Schuhe nach Maß bei nachgewiesener Diagnose und/oder Neuropathien
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.99.19.0001	Funktionales Gehprobenmodell (Gegenseite bei ärztlicher Begründung)
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.01.11.1001	Zehenersatz bei Erhalt der Mittelfußköpfchen
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.01.11.1002	Mittelfußersatz Chopart Bon Jäger

Grundsuh und Zusatrarbeiten am Sicherheits-/Berufs/-Arbeitsschuh

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.11.xxxx	orthopädischer Maßgrundsuh Bedarfsstufe 2 <u>betroffene Seite</u>
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0920	Arthrodesenkappe, inkl. Sohlenversteifung
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0921	Peronäuskappe
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0923	Verkürzungsausgleich mit Schaft- und Hinterkappenerhöhungen je angefangener cm:
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0926	Vorkehrungen für Zehenamputationen Lederecke nach DIN CE
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0927	Vorkehrungen für amputierten Mittel- oder Vorfuß Lederecke nach DIN CE
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0928	PU- Überkappe Antistatik / Öl- und Säurefest
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0929	Schafterhöhung – Schafterweiterung ab Schafterhöhung 15 cm
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0930	Eine Sohlenrolle DIN CE
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0931	Hallux Rigidus Vertiefung
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0932	Ballenpolsterung
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0933	Absatzänderung DIN CE
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0935	Knöchelstütze (Innen oder Außen)
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0936	Knöchelstütze beidseits
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.17.0937	Diabetes adaptierte Fußbettung für semiorthopädische Schuhe nach Maß bei nachgewiesener Diagnose und/oder Neuropathien
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.12.0938	Stützlasche
51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.16.0939	Mehraufwand Leistenergänzung für S-Funktion

5. Für die orthopädische Schuh/Einlagenausstattung sind „unfallunabhängig“ erforderlich:

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Begründung / Therapieziel für orthopädische Schuhausstattung:

Sonstige Bemerkungen:

Auftrag an Firma:

, den

- auf Wunsch des Kostenträgers erteilt
- nicht erteilt
- Kostenvoranschlag auf Wunsch des Kostenträgers liegt anbei

Unterschrift des Arztes

Verordnung / Bedarfserhebung für orthopädische Schuhe **Bedarfsstufe 3**

Kostenträger:

Versicherter:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse:

Wohnort:

Az. / Unfall.-Nr.:

Diagnose / Befund:

1. Leistungen der „Bedarfsstufe 3“:

Orthopädischer Maßschuh in handwerklicher Einzelanfertigung in eigener Werkstatt oder eines Vertragsteilnehmers unter Verwendung eines individuell hergestellten Schuhleists

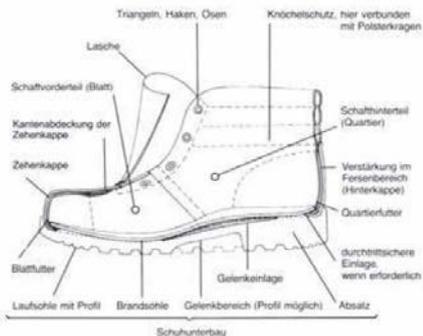
1. Umfang der Schuhausstattung:

Erstausstattung	<input type="checkbox"/>
Wechselausstattung	<input type="checkbox"/>
Folgeversorgung	<input type="checkbox"/>
Reparatur	<input type="checkbox"/>

3. Orthopädische Schuhausstattung:

<u>Schuhform / Schuhhöhe:</u>		<u>Schuharten orthopädische Schuhe:</u>	
	<input type="checkbox"/>		
Sandale	<input type="checkbox"/>	Arbeitsschuh / Berufsschuh ohne	<input type="checkbox"/>
Halbschuh	<input type="checkbox"/>	Baumusterprüfung	
knöchelübergreifend	<input type="checkbox"/>		
Stiefel	<input type="checkbox"/>	Arbeitssicherheitsschuh S 1	<input type="checkbox"/>
		Arbeitssicherheitsschuh S 2	<input type="checkbox"/>
<u>Reparaturen:</u>		Arbeitssicherheitsschuh S 3	<input type="checkbox"/>
		Arbeitssicherheitsschuh mit Kettensägeschnittschutz Schnutzniveau 2	<input type="checkbox"/>
Neue Vorfuß- und / oder Fersenpolsterung	<input type="checkbox"/>		
Polstersohle mit Abdeckung	<input type="checkbox"/>		
Bodenversteifung mit Einarbeitung	<input type="checkbox"/>	Straßenschuh	<input type="checkbox"/>
Ersatzfußbettung	<input type="checkbox"/>	Hausschuh	<input type="checkbox"/>
Polstersohle mit Lederabdeckung	<input type="checkbox"/>	Sportschuh	<input type="checkbox"/>
Diabetes-Ersatz-Fußbettung	<input type="checkbox"/>	Badeschuh	<input type="checkbox"/>
		Interimsschuh	<input type="checkbox"/>
		Orthopädischer Innenschuh	<input type="checkbox"/>
Auftragsermächtigung des Kostenträgers liegt vor:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
		Ärztliche Abnahme erforderlich:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

4. Für die orthopädische Schuhversorgung sind „unfallbedingt“ erforderlich:



Grundschuh und Zusatzarbeiten (außer Sicherheits-/Berufs-/Arbeitsschuh)

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.01.xxxx	orthopädischer Maßgrundschuh Bedarfsstufe 3 <u>betroffene Seite</u>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0001	eine Sohlenrolle
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0002	Zwischensohle
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0004	Profilsohle
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0005	Schmetterlingsrolle
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.03.0210	Schleppabsatz
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.1000	Abroll- Pufferabsatz
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.2000	Mehraufwand bei Maßschuh über Orthese
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.2001	Anbringen eines Verkürzungsausgleichs einschl. Erhöhung der Hinterkappe
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.3001	Einseitig eingewalkte, verstärkte Knöchelstütze mit Polsterung des Knöchels
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.3002	Beidseitig eingewalkte, verstärkte Knöchelstütze mit Positionierung des Knöchels
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.3003	große Peronäuskappe mit Verstärkung über 15 cm hoch
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.3004	kleine Peronäuskappe mit Verstärkung bis 15 cm hoch
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.3005	Arthrodesenkappe, rückfußumschließend mit Polsterung des Knöchels
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.4000	Sohlenversteifung mit Einarbeitung
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.5000	Versteiftes Vorderblatt
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.5001	Teilversteiftes Vorderblatt
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.5002	Mehrpreis für Lammfellfutter
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.5003	Schafterhöhung über 15 cm inkl. Futter Oberleder Kappen und Versteifungsanteile, je cm
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.5004	Vordere Stützlasche
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.5005	Entlastungspolster im Schaft (Quartier <input type="checkbox"/> , Blatt <input type="checkbox"/> oder Lasche <input type="checkbox"/>)
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.6000	Verkürzungsausgleich mit Schaft- und Hinterkappenerhöhungen je angefangener cm
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.6001	Mehrpreis für Laminatverstärkung am Verkürzungsausgleich ab 6 cm
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.7000	Mehraufwand für Stufenentlastung oder Fußbettung für <u>stark</u> deformierten Fuß
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.7001	Mehraufwand für Entlastung bei Vorfuß- und/oder Fersenpolsterung
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.7002	Polstersohle mit Lederabdeckung o.a. Materialien nach Belastungsabdruck
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0004	Leistenumstellung nach neuen Maßen
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0005	Halbschuhleisten

29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0006	Knöchelleisten
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0007	Beinleisten
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0008	Knieleisten ab 25 cm bis unter Knie
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.07.0001	Diabetes adaptierte Fußbettung für orthopädische Schuhe nach Maß bei nachgewiesener Diagnose und/oder Neuropathien
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.99.99.0001	Funktionales Gehprobenmodell (Gegenseite bei ärztlicher Begründung)
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.01.01.1001	Zehenersatz bei Erhalt der Mittelfußköpfchen
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.01.02.1002	Mittelfußersatz Chopart Bon Jäger
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.01.03.1003	Fußersatz Pirogoff

Grundschuh und Zusatzarbeiten am Sicherheits-/Berufs-/Arbeitsschuh

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.01.xxxx	orthopädischer Maßgrundschuh Bedarfsstufe 3 <u>betroffene Seite</u>
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0920	Arthrodesenkappe, inkl. Sohlenversteifung
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0921	Peronäuskappe
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0923	Verkürzungsausgleich mit Schaft- und Hinterkappenerhöhungen je angefangener cm
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0926	Vorkehrungen für Zehenamputationen Lederecke nach DIN CE
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0927	Vorkehrungen für amputierten Mittel- oder Vorfuß Lederecke nach DIN CE
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0928	PU- Überkappe Antistatik / Öl- und Säurefest
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0929	Schafterhöhung – Schafterweiterung ab Schafterhöhung 15 cm
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0930	Eine Sohlenrolle DIN CE
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0931	Hallux Rigidus Vertiefung
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0932	Ballenpolsterung
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0933	Absatzänderung DIN CE
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0935	Knöchelstütze (Innen oder Außen)
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0936	Knöchelstütze beidseits
51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.07.0937	Diabetes adaptierte Fußbettung für semiorthopädische Schuhe nach Maß bei nachgewiesener Diagnose und/oder Neuropathien
52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0938	Stützlasche
53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0939	Mehraufwand Leistenergänzung für S-Funktion

5. Für die orthopädische Schuh/Einlagenausstattung sind „unfallunabhängig“ erforderlich:

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Begründung / Therapieziel für orthopädische Schuhausstattung:

Sonstige Bemerkungen:

Auftrag an Firma:

, den

- auf Wunsch des Kostenträgers erteilt
- nicht erteilt
- Kostenvoranschlag auf Wunsch des Kostenträgers liegt anbei

Unterschrift des Arztes