

Schnellerfassungsbogen

orthopädische Schuhversorgung nach dem **Bremer Modell**

Bedarfsstufen 1 bis 3 DGUV

Name

Vorname

Straße/Nr.

Wohnort

Telefonnummer

Geb. Datum

Verletzungsart

Schuhgröße

Art der jetzigen Tätigkeit

Ansprechpartner / BG

Termin

	Kategorie					S1	S2	S3
<input type="checkbox"/> Arbeitsschuh		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Straßenschuh		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hausschuh		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sportschuh		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erstversorgung		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein			
<input type="checkbox"/> Altes Schuhwerk mitbringen		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein			
<input type="checkbox"/> Reparatur vorhandener Schuhe		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein			
<input type="checkbox"/> Aktuelle Befunde		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein			
<input type="checkbox"/> Röntgenbilder		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein			
<input type="checkbox"/>								

Sonstige wichtige Mitteilungen