Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen

Unfallversicherungsträger		Die Verordnung muss dem zuständigen Unfallversicherungsträger übermittelt werden.
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort		Diagnose
Unfalltag		

1 Umfang der erforderlichen Schuhausstattung

☐ Erstausstattung ☐ Wechselausstattung ☐ Ersatzausstattung ☐ Reparatur

2 Erforderliche Leistungen

☐ Orthopädische Einlagen
☐ Orthopädische Zurichtung konfektionierter Schuhe
☐ Orthopädisch konfektionierte Schuhe
☐ Vorkonfektionierte/semiorthopädische Schuhe
☐ Orthopädische Maßschuhe

3 Orthopädische Schuhausstattung

Schuhform/Schuhhöhe:

☐ Halbschuh ☐ knöchelübergreifend ☐ Sandale

Schuharten orthopädische Schuhe:

☐ Straßenschuh ☐ Hausschuh ☐ Sportschuh ☐ Badeschuh

☐ Verbandsschuh/Therapieschuh ☐ Winterstiefel ☐ Arbeitsschuh, wenn bekannt
☐ Arbeitssicherheitsschuh S 1
☐ Arbeitssicherheitsschuh S 2
☐ Arbeitssicherheitsschuh S 3

Auftrag auf Wunsch des Leistungsträgers erteilt: ☐ Nein ☐ Ja

Ärztliche Abnahme erforderlich: ☐ Nein ☐ Ja

Begründung und Therapieziel für die orthopädische Schuhausstattung:

Sonstige Bemerkungen:

Datum

Unterschrift/Stempel