Arztbericht Schuhversorgung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name)       | Geburtsdatum      | Versichertennummer       |

Ergänzende Fragen

|  |
| --- |
|       |

1. Medizinische Angaben

* 1.1

Aktuelle Diagnosen

Bestehend seit wann?

|  |
| --- |
|       |

* 1.2
Ist die gesundheitliche Beeinträchtigung auf einen Unfall zurückzuführen?
[ ]  ja [ ]  nein
* 1.3

Anatomische Veränderungen

|  |
| --- |
|       |

* 1.4

Ärztlicher Befund

|  |
| --- |
|       |

2. Konfektionsschuhe

* 2.1

Besteht aus medizinischen Gründen ein erhöhter Schuhverbrauch (z.B. spastische Hemiparese)?
Wenn ja, beschreiben Sie das Gangbild.

|  |
| --- |
|       |

Welche Teile des Schuhs nutzen sich ab?

|  |
| --- |
|       |

* 2.2

Werden nummernverschiedene Schuhe benötigt? [ ]  ja [ ]  nein

Falls ja, Angabe der Schuhgrössen

Links Nr. Rechts Nr.

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

3. Orthopädisches Spezialschuhwerk

* 3.1

Sind gewöhnliche Konfektionsschuhe ungenügend? [ ]  ja [ ]  nein

* 3.2

Welches Schuhwerk ist aufgrund Ihrer Untersuchung angezeigt?

[ ]  Änderung an Konfektionsschuhen

[ ]  Spezialschuhe (z.B. für Orthesen, Stabilisation, etc.)

[ ]  Orthopädische Serienschuhe

[ ]  Massschuhe (nach Gipsabdruck oder ähnlich)

Welche speziellen Funktionen soll der Schuh erfüllen?

|  |
| --- |
|       |

* 3.3

Welche Massnahmen/Zurichtungen am Schuh sind erforderlich?

[ ]  Keine

[ ]  Pufferabsatz

[ ]  Abrollhilfe

[ ]  Beinlängenausgleich

[ ]  Andere Sohlenänderungen, welche?

|  |
| --- |
|       |

[ ]  Schaftänderungen, welche?

|  |
| --- |
|       |

[ ]  Andere?

Beschreibung

|  |
| --- |
|       |

* 3.4

Über welche Zeitspanne muss die vorgesehene Schuhversorgung voraussichtlich regelmässig getragen werden?
(mindestens ein Jahr)

|  |
| --- |
|       |

* 3.5

Ist eine Versorgung mit Schuheinlagen oder Spezialschuhen für Einlagen sowie Schuheinlagen ausreichend?

[ ]  ja

[ ]  nein

Wenn nein, warum ist eine solche Versorgung nicht ausreichend?

|  |
| --- |
|       |

4. Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

|  |
| --- |
|       |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|       |

5. Beilagen

Wir bitten Sie, Kopien der Berichte von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

Fotos sowie Röntgenaufnahmen bitten wir, sofern vorhanden, ebenfalls beizulegen. Diese können auch als elektronische Datei eingereicht werden.

|  |
| --- |
|       |