

Verordnungsbeiblatt

Beiblatt gemäß Hilfsmittelrichtlinie §7 Abs. 2 zur ärztlichen Verordnung

Patientendaten

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

weiblich männlich divers

Anschrift _____

Telefon / Mobil _____

GKV PKV

Verordnung

Befund Ergebnis

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ödematöse Zehen | <input type="checkbox"/> ödematöse Finger |
| <input type="checkbox"/> Zehenfehlstellung | <input type="checkbox"/> ödematöse Handrücken |
| <input type="checkbox"/> ödematöser Fußrücken | <input type="checkbox"/> Kalibersprünge Arm |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte anatomische Ferse | <input type="checkbox"/> voluminöser Oberarm |
| <input type="checkbox"/> Spitzfuß | <input type="checkbox"/> Beugekontraktur |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte konische Beinform | <input type="checkbox"/> Armlähmung |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte Lobulierung und Weichteilgewebe am Knie | <input type="checkbox"/> arthrotische Veränderungen |
| <input type="checkbox"/> Kalibersprünge Bein | <input type="checkbox"/> Hautirritation |
| <input type="checkbox"/> voluminöse Oberschenkel | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie |
| <input type="checkbox"/> sehr schlanke Beinform | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie |
| <input type="checkbox"/> Beinparese | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs- und Funktions-
einschränkungen | <input type="checkbox"/> Adipositas |
| <input type="checkbox"/> Ulcus | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| | <input type="checkbox"/> MRSA / ORSA Träger |

Verordnungsbeiblatt

Versorgung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lymphologische Versorgung | <input type="checkbox"/> Hausbesuche |
| <input type="checkbox"/> Narbenkompression Versorgung | <input type="checkbox"/> Mehraufwand nach OP
besondere hygienische Anforderungen |

Strumpfkongfiguration

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> komprimiertes Zehenteil / Zehenkappen | _____ Stück |
| <input type="checkbox"/> ohne fünften Zeh | <input type="checkbox"/> mit fünften Zeh |
| <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> einzeln | <input type="checkbox"/> angenäht <input type="checkbox"/> durchgestrickt |
| <input type="checkbox"/> AD Kniestrümpfe | <input type="checkbox"/> AF Halbschenkelstrümpfe |
| <input type="checkbox"/> AG Oberschenkelstrümpfe | <input type="checkbox"/> AT Strumpfhose |
| <input type="checkbox"/> CT Caprihose | <input type="checkbox"/> FT Radlerhose |
| <input type="checkbox"/> ET Bermudahose | <input type="checkbox"/> BT Leggings |
| <input type="checkbox"/> CG Stulpen Oberschenkel-Beinstücke | <input type="checkbox"/> Einbeinhose |
| <input type="checkbox"/> Handschuh mit Finger | _____ Stück |
| <input type="checkbox"/> Handschuh o. Finger mit Daumenansatz | <input type="checkbox"/> Langer Handschuh bis CE |
| <input type="checkbox"/> CG Armstrumpf | <input type="checkbox"/> Bolero |

Sonstiges

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Thorax Versorgung | <input type="checkbox"/> Kopf-Versorgung |
|--|--|

Erforderliche Zusätze

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> distaler schräger Fußabschluss | <input type="checkbox"/> geschlossene Fußspitze |
| <input type="checkbox"/> 90° Fuß, anatomisch abgewinkelter Fuß | <input type="checkbox"/> Unterfußverlängerung |
| <input type="checkbox"/> Kniefunktionszone | <input type="checkbox"/> Oberbeinerhöhung |
| <input type="checkbox"/> Hüftbefestigung | <input type="checkbox"/> schräger Abschluß proximal |
| <input type="checkbox"/> Haftbandstücke | <input type="checkbox"/> Haftband |
| <input type="checkbox"/> Pelotten inkl. Tasche(n) Einarbeitung | _____ Stück |
| <input type="checkbox"/> Futterstoff | <input type="checkbox"/> Suspensorium |
| <input type="checkbox"/> Reißverschluss _____ Stück | <input type="checkbox"/> Herren Eingriff |
| <input type="checkbox"/> Stomaöffnung | <input type="checkbox"/> Silbereinstrickung |
| <input type="checkbox"/> Webansatz | <input type="checkbox"/> Ellenbeuge Funktionszone |
| <input type="checkbox"/> Hallux-Valgus Funktionszone | <input type="checkbox"/> Schneiderballen Funktionsz. |

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift