

Ärztliche Verordnung Fussversorgung

Personalien Frau Herr

Vorname: _____ Name _____

Geburtsdatum: _____ AHV-Nr. _____

Kostenträger: Privat Krankenkasse IV SUVA

Diagnose

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spreizfuss | <input type="checkbox"/> Senkfuss | <input type="checkbox"/> Knickfuss | <input type="checkbox"/> Knickplattfuss |
| <input type="checkbox"/> Ballenfuss | <input type="checkbox"/> Fersensporn | <input type="checkbox"/> Hallux Valgus | <input type="checkbox"/> Krallenzehen |
| <input type="checkbox"/> Metatarsalgie | <input type="checkbox"/> Achillodynie | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Plantarfacitis |
| <input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Hüftbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kniebeschwerden | <input type="checkbox"/> Beschwerden OSG/USG |

Einlagen nach Mass

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> stützend  | <input type="checkbox"/> bettend  | <input type="checkbox"/> sensomotorisch  |
|--|---|--|

Einlagen nach Mass

	links mm	rechts mm
<input type="checkbox"/> Beinverkürzungsausgleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fersensporentlastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schockdämpfung bds.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sohlenversteifung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Innen - <input type="checkbox"/> Aussenranderhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abrollrampe oder Schuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung / anderes Hilfsmittel

Verordnende/r Ärztin / Arzt

Ort, Datum: _____ Unterschrift und Stempel: _____

Telefon: _____ bitte um telefonischen Rückruf



Online Termin