



## Ärztlicher Befundbericht für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

Bei erstmaligem Antrag bitte dem Facharzt für Orthopädie vorlegen!

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 33,47 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto) erstattet.

### Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname bitte unterstreichen)		Geburtsname																					
Geburtsdatum		Geschlecht																							
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Straße, Hausnummer																									
Postleitzahl		Wohnort																							
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																									
Beruf (Bitte genaue <b>Arbeitsplatzbeschreibung</b> beifügen!)																									
Maßangaben																									
Gewicht		_____ kg		Größe _____ cm																					

### Beschwerden und Funktionseinschränkungen aktuell

#### Diagnosen:

Beschreiben Sie bitte ausführlich die bestehenden Funktionseinschränkungen und / oder Schmerzsymptomatik.  
Bitte Befunde beifügen

Durch welche Versorgung können diese gebessert werden?

Falls vorhanden, bitte Unterlagen zur bisherigen Diagnostik (z. B. Bilder, Pedographie, Ganganalyse usw.) beifügen.

bitte wenden

<p>Wurden bereits früher orthopädische Schuhe bzw. Einlagen zu Lasten der Krankenkasse verordnet?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, wann _____</p>	
<p>Welche Besonderheiten bzw. Veränderungen am Sicherheitsschuh sind medizinisch notwendig?</p> <p><input type="checkbox"/> antistatische Einlagen</p> <p><input type="checkbox"/> Verkürzungsausgleich</p> <p><input type="checkbox"/> Ballenpolster</p> <p><input type="checkbox"/> Schmetterlingsrolle</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges</p>	
<p>Falls Maßschuhe verordnet werden: Warum reichen Baumusterschuhe nicht aus?</p>	
<p><b>Bemerkungen</b></p>	
<p>Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen erbeten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	

<p><b>ausstellende Ärztin / ausstellender Arzt</b></p>		<p>Zulassungsnummer</p>	
<p>Name, Vorname</p>		<p>Telefon</p>	
<p>Straße, Hausnummer</p>			
<p>Postleitzahl</p>		<p>Wohnort</p>	
<p><b>Bankverbindung</b></p> <p>International Bank Account Number</p> <p>IBAN</p> <p><b>D E</b></p>			
<p>Ort, Datum</p>		<p>Stempel und Unterschrift</p>	