

**Erhebungsbogen/Maßdokumentation für individuelle Orthesen: untere Extremität**

<b>Versichertennummer (optional):</b>		<b>Datum der Erhebung:</b>	
<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
<b>Größe:</b>	cm	<b>Gewicht:</b>	kg
<b>zu versorgende Körperseite**:</b>		li.	re.
<b>Erhebung durch Mitarbeiter/in Leistungserbringer:</b>			
Erstversorgung*	Folgeversorgung	wachstumsbedingt*	verschleißbedingt
Änderung Versorgungskonzept*			
Begründung Änderung Versorgungskonzept:			
<b>Versorgungsziele:</b>			

\*Maßangaben erforderlich bei Erstversorgung, wachstumsbedingter Neuversorgung und Änderung des Versorgungskonzeptes!

\*\* Bei beidseitigen Versorgungen ist die Anlage 3a für jede Körperseite gesondert auszufüllen.

**Fußfehlstellung(en):** (Kombinationen)

Spitzfuß	Hohlfuß	Knickfuß	Hackenfuß
li. re.	li. re.	li. re.	li. re.
Sichelfuß	Klumpfuß	Serpentinenfuß	
li. re.	li. re.	li. re.	

**Korrigierbarkeit Fuß:**

***Aktiv* korrigierbar**

li. re.

***Passiv* korrigierbar**

li. re.

*Vollständig* korrigierbar

li. re.

*nur Frontalebene* vollständig korrigierbar

li. re.

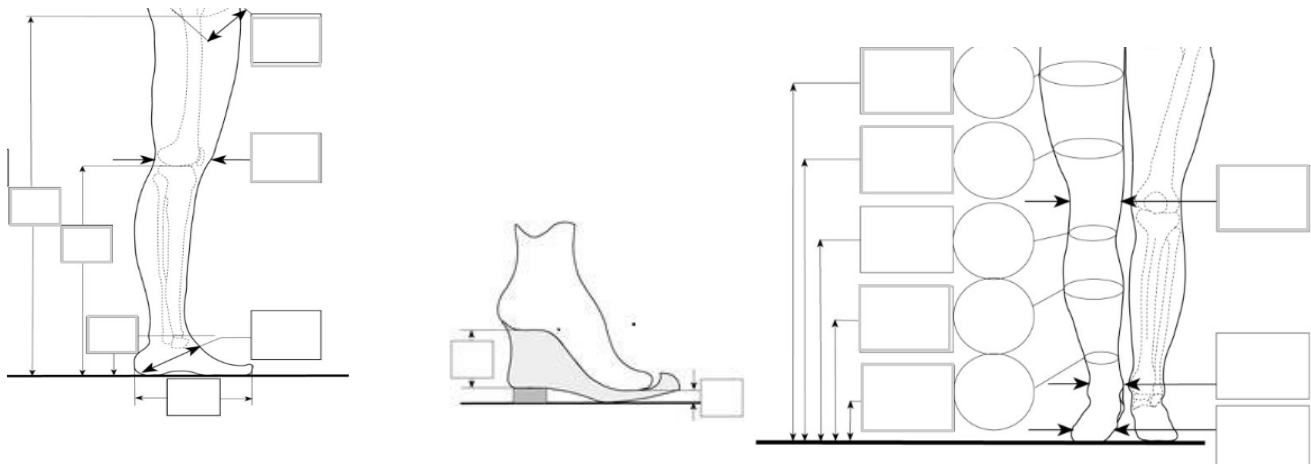
*teilweise* korrigierbar

li. re.

Kontrakt/Steif

li. re.

**Anlage 3a:** Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 23 (Orthesen), gültig ab 15.09.2023 (AC/TK 15/16/19 01 723)



**Muskelstatus (Beurteilung nach Janda)**

Hüftextension:

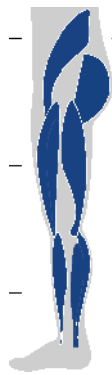
1 2 3 4 5

Knieextension:

1 2 3 4 5

Dorsalextension:

1 2 3 4 5



Hüftflexion:

1 2 3 4 5

Knieflexion:

1 2 3 4 5

Plantarflexion:

1 2 3 4 5

0 (Null)	komplette Lähmung
1 (Spur)	sicht-/tastbare Aktivität, Bewegungsausmaß Unvollständig
2 (sehr schwach)	Bewegung ohne Einwirkung der Schwerkraft möglich
3 (schwach)	Kraftentfaltung gegen die Schwerkraft
4 (gut)	Kraftentfaltung gegen leichten Widerstand
5 (normal)	volle Kraftentfaltung gegen starken Widerstand

**Bewegungsfreiheit im OSG**

**Neutral – Null**



links

rechts

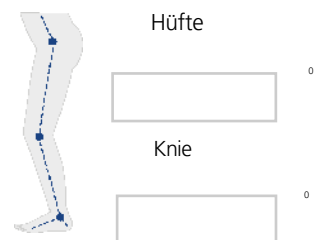
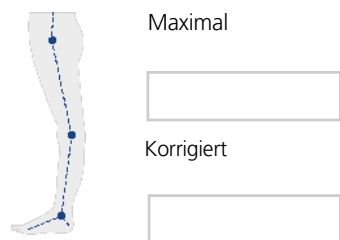
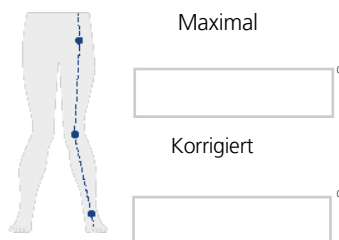
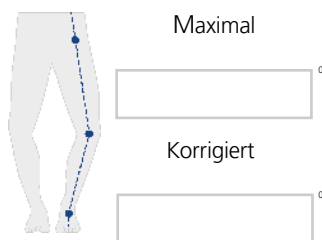


**Varusfehlstellung**





**Valgusfehlstellung**

**Hyperextension**

**Extensionslimitierung**



**Anlage 3a:** Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 23 (Orthesen), gültig ab 15.09.2023 (AC/TK 15/16/19 01 723)

	 <p><b>1. Innenbereichsgeher</b> Der Patient besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial eine Orthese für Transferzwecke oder zur Fortbewegung auf ebenem Boden, mit geringer Gehgeschwindigkeit zu nutzen. Gedauer und Gehstrecke sind aufgrund seines Zustandes stark limitiert.</p>	 <p><b>2. Eingeschränkter Außenbereichsgeher</b> Der Patient besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, sich mit einer Orthese mit geringer Gehgeschwindigkeit fortzubewegen und dabei niedrige Umwelthindernisse wie Bordsteine, einzelne Stufen oder unebene Böden zu überwinden.</p>
	 <p><b>3. Uneingeschränkter Außenbereichsgeher</b> Der Patient besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, sich mit einer Orthese mit mittlerer bis hoher, auch veränderlicher Gehgeschwindigkeit fortzubewegen und dabei die meisten Umwelthindernisse zu überwinden. Er besitzt außerdem die Fähigkeit, sich im freien Gelände zu bewegen und kann berufliche, therapeutische und andere Aktivitäten ausüben, welche die Orthese nicht überdurchschnittlicher, mechanischer Beanspruchung aussetzen.</p>	 <p><b>4. Uneingeschränkter Außenbereichsgeher mit besonders hohen Ansprüchen</b> Der Patient besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, sich mit einer Orthese wie der uneingeschränkte Außenbereichsgeher fortzubewegen. Zusätzlich können aufgrund der hohen funktionellen Anforderungen hohe Stoßbelastungen, Spannungen oder Verformungen auftreten. Dies tritt typischerweise bei Kindern und Sportlern auf.</p>

Leistungserbringer/Stempel

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter/in

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mich der Leistungserbringer umfassend bezüglich der Datenerhebung und Datenweiterleitung aufgeklärt hat.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten

**Zu Ihrer Sicherheit (Datenschutzhinweis nach dem Sozialgesetzbuch):**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und 7 SGB V zum Zwecke der Hilfsmittelversorgung gemäß § 33 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Beachten Sie bitte, dass fehlende Mitwirkung zu Nachteilen bei Leistungsansprüchen führen kann. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter [www.aok-bw.de/datenschutzrechte](http://www.aok-bw.de/datenschutzrechte). Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart oder unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter [datenschutz@bw.aok.de](mailto:datenschutz@bw.aok.de).

Ihre im Rahmen der genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet.