

## Erhebungsbogen für individuell angefertigte Orthesen

Name, Vorname der/des Versicherten	_____
Krankenversicherungsnummer:	_____
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum:	_____
Adresse:	_____ _____
Gewicht:	_____
Diagnose:	_____
Lokalisation:	_____
Bezeichnung der Versorgung:	_____
Versorgungsziel:	_____
<input type="checkbox"/> Erstversorgung	<input type="checkbox"/> Folgeversorgung
Vorversorgung (Bezeichnung, Hilfsmittelpositionsnummer):	_____
Andere Schädigungen (Begleiterkrankungen):	_____
Die geplante Versorgung wurde mit dem Anspruchsberechtigten besprochen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versorgung nötig für Berufstätigkeit:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versorgung nötig für Freizeitaktivität :	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mobilitätsgrad:	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Kann die Orthese alleine angelegt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Konfektionierte Versorgung nicht möglich weil:	_____
Besonderheiten/Hinweise:	_____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers