

Orthesenbeiblatt zum Schuhverordnungsbogen

Diagnose:	Befunde		Kontextfaktoren:	
	Größe:	Gewicht:	<input type="checkbox"/> häusliche Versorgung:	
	Wagner/Armstrong:	ggf. Sanders: Levin:		
	Deformität:			
<input type="checkbox"/> PNP	Läsionsdauer:	Wundgröße:	<input type="checkbox"/> Teilmobilität erforderlich:	
<input type="checkbox"/> pAVK	Vorversorgung:			
	Bisheriger Verlauf:			
Risikoklasse:	Ggf.: Röntgenbefund:		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
	Vor-OP's:			
Patientendaten	Anforderung an Versorgungsform:		Beantragte Versorgungsform:	
	<input type="checkbox"/> Umfangsänderungen durch		<input type="checkbox"/> TCC	
	<input type="checkbox"/> Herzinsuff.	<input type="checkbox"/> Lymphödem	<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> TCC geschalt
	<input type="checkbox"/> Desinfektion		<input type="checkbox"/> konfekt. Orthese	
	<input type="checkbox"/> Verbandswechsel		<input type="checkbox"/> Zweischalorthese	
	<input type="checkbox"/> voraussichtl. Tragedauer:		<input type="checkbox"/> Rahmenorthese	
	<input type="checkbox"/> kurzfristig:	<input type="checkbox"/> langfristig:	<input type="checkbox"/>	
	Orthopädienschuhmachermeister / Orthopädietechnik: <input type="checkbox"/> zertifiziert AG Fuß ADE/Diabetes-Fußnetz Südwest		Verordnender Arzt: <input type="checkbox"/> zertifizierte Fußambulanz AG Fuß ADE/ Diabetes-Fußnetz Südwest	
Unterschrift /Stempel		Unterschrift /Stempel		