



## Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe Bei erstmaligem Antrag bitte dem Facharzt für Orthopädie vorlegen!

Versicherungsnummer
---------------------

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 28,91 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto) erstattet.

### Angaben zur Person

Name	Vorname (Rufname bitte unterstreichen)	Geburtsname
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	
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

Wurden bereits früher orthopädische Schuhe bzw. Einlagen zu Lasten der Krankenkasse verordnet?

nein

ja, wann \_\_\_\_\_

Welche Besonderheiten bzw. Veränderungen am Sicherheitsschuh sind medizinisch notwendig?

antistatische Einlagen

Verkürzungsausgleich

Ballenpolster

Schmetterlingsrolle

sonstiges

Falls Maßschuhe verordnet werden: Warum reichen Baumusterschuhe nicht aus?

**Bemerkungen**

Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers:  ja  nein

Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen erbeten:  ja  nein

**ausstellende Ärztin / ausstellender Arzt** Zulassungsnummer

Name, Vorname Telefon

Straße, Hausnummer

Postleitzahl	Wohnort
--------------	---------

**Bankverbindung**  
 International Bank Account Number  
 IBAN

**D E** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ort, Datum Stempel und Unterschrift