

Orthesenbeiblatt zum Schuhverordnungsbogen

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