

Protokoll orthopädietechnische Versorgung bei Diabetes

| | | |
|---|------------------------|---|
| Patient: _____ | geb.: _____ | diab.adapt. Fußbettungen <input type="checkbox"/> |
| | | orthopädische Schuhe <input type="checkbox"/> |
| Arzt: _____ | KV-Datum: _____ | |
| Orthopädie- schuhmacher: _____ | Auftragseingang: _____ | |

| Prüfung der diabetesadaptierten Fußbettung Folgende Kriterien sind erfüllt: | 1. Prüfung | | ggf. 2. Prüfung | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | links | rechts | links | rechts |
| - Länge unter Belastung mind. 10 mm länger als Fuß an seiner größten Länge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Breite unter Belastung mind. absolute Fußbreite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dicke mind. 8 mm in druckbelasteten Risikobereichen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Druckspitzen plantar um mind. 30% reduziert, in abgeheilten Ulcus- regionen um mind. 40% reduziert (Vergleich der dynamischen elektron. Druckmessung im fertigen Hilfsmittel im Verhältnis zur Vorhermessung im Neutralschuh) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Anmodellierung an plantare Fußform passgenau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Entlastungselemente (Pelotten, Ulcuseinbettungen usw.) passgenau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prüfung der orthopädischen Schuhe Folgende Kriterien sind erfüllt: | | | | |
| - Gesamtlänge des Schuhs unter Belastung mind. 10 mm länger als Fuß an seiner größten Länge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Höhe, insbesondere im Zehenbereich (keine Abzeichnungen im Schuh) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Weite, insbesondere im Vorfußbereich (keine Abzeichnungen im Schuh) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vorderkappen ohne Zehenkontakt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Futter und Obermaterial weich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - keine Innennähte in druckgefährdeten Bereichen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Führung und Halt im Rückfuß ohne Schlupf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dämpfung des Absatzes und Rollenwirkung der Sohle gut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anforderungen folgender Funktionselemente erfüllt: | | | | |
| - Lähmungskappe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Arthrodesenkappe/Feststellabrollschuh | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vorfußersatz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Amputationsinnenteil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Änderungen

| | | |
|--------|---------|----------------------------|
| links: | rechts: | durchgeführt von: |
| | | Unterschrift OSM Datum: |

Erklärung bei Auslieferung durch OSM:

| | |
|---|-------------------------------------|
| * Die Einweisung in Handhabung, Hygiene und Funktionsweise ist erfolgt. * Die Gebrauchsanweisung wurde ausgehändigt. | _____ Unterschrift OSM Datum: |
|---|-------------------------------------|