Zertifizierung OSM nach AG-Fuß RLP/Saarland in der ADE

Orthopädischer Maßschuh

Einschluss					Nachuntersuchung nach 2±1 Wochen			nach 6 ± 2 Monate			
	Patient (Init.)	**Geb.-dat.**	**Datum Auslief.**	**Diagnose / Versorgungsgrund**	**Datum Nachuntersuchung**	**Nach-besserung nötig**	**(Erneute) Läsion**	**Datum Nachuntersuchung**	**Nach-besserung nötig**	**(Erneute) Läsion**	**Trage-spuren**
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Zertifizierung OSM nach AG-Fuß RLP/Saarland in der ADE

Diabetesadaptierte Weichbettung

Einschluss					Nachuntersuchung nach 2±1 Wochen			nach 6 ± 2 Monate			
	Patient (Init.)	**Geb.-dat.**	**Datum Auslief.**	**Diagnose / Versorgungsgrund**	**Datum Nachuntersuchung**	**Nach-besserung nötig**	**(Erneute) Läsion**	**Datum Nachuntersuchung**	**Nach-besserung nötig**	**(Erneute) Läsion**	**Trage-spuren**
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Spezielle Versorgung

Einschluss					Nachuntersuchung nach 2±1 Wochen			nach 6 ± 2 Monaten			
	Patient (Init.)	**Geb.-dat.**	**Datum Auslief.**	**Diagnose / Versorgungsgrund**	**Datum Nachunter suchung**	**Nach-besserung nötig**	**(Erneute) Läsion**	**Datum Nachunter suchung**	**Nach-besserung nötig**	**(Erneute) Läsion**	**Trage-spuren**
1											
2											
3											
4											
5											