

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Bei erstmaligem Antrag bitte dem Facharzt für Orthopädie vorlegen!

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 25,20 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto erstattet.

Hinweis: Eine Vergütung ist nur möglich, wenn Ihr Patient tatsächlich einen entsprechenden Antrag stellt.

Angaben zur Person

Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	Geburtsname
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	
Beruf (bitte den Arbeitsplatz genau beschreiben)		
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, Podographie, Ganganalyse usw.) beifügen.

Wurden bereits früher orthopädische 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

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Abrechnung des Honorars

Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Patient/in (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgeschlechtlichen Lebenspartners	

Ärztlicher Befundbericht

(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

25,20 EUR

Hinweis:

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn der Befundbericht und die Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes versehen ist und Ihr Patient einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe stellt. Die Vergütung der ärztlichen Leistung erfolgt auf der Grundlage der Verbandsempfehlung vom 29. November 2001 - gültig ab 1. Januar 2002 -.

Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers	Kennziffer des Arztes
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
IBAN (International Bank Account Number) DE	BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)	
Rechnungsnummer	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer