Krankenkasse	**Anlage zur ärztlichen Hilfsmittelverordnung** Schuhversorgung nach Risikoklassen bei Diabetischem Fußsyndrom und analogen Neuro-Angio-Arthropathien
Name, Vorname, Geburtstag	
Kassen-Nr. Versichertennummer	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	

Verordnung von:	**Rechts**	**Links**
Diabetikerschutzschuh	☐	☐
Orthopädischer Maßschuh	☐	☐
Diabetesadaptierte Bettung	☐	☐
Weichpolstereinlage	☐	☐

Fußbefund:		
Periphere Polyneuropathie	☐	☐
Vibrationswahrnehmung Großzehe	____/8	____/8
Wahrnehmung Monofilament 10 g gestört	☐	☐
Periphere Arterielle Verschlußkrankheit	☐	☐
Zustand nach diabetischem Ulcus	☐	☐
Zustand nach Amputation	☐	☐
Zustand nach MFK-Resektion	☐	☐
Deformierungen und Zeichen der Fehlstatik	☐	☐
Zehendeformierungen/Krallenzehen/Hammerzehen	☐	☐
Knick-Senk-Spreizfuß	☐	☐
Hohlfuß	☐	☐
Hallux valgus	☐	☐
Hallux rigidus	☐	☐
Plantare Schwielenbildung/Hyperkeratosen	☐	☐
Charcotfuß	☐	☐

Konstruktionsmerkmale:	**Rechts**	**Links**
Sohlenversteifung	☐	☐
Ballenrolle/Abrollhilfe	☐	☐
Knöchelkappe innen/außen	☐	☐
Arthrodesenkappe	☐	☐
Innenschuh	☐	☐
Mindesthöhe (cm)	____	____
Höhenausgleich (cm)	____	____

Risikogruppe:							**Höherversorgung:**	
I	**II**	**III**	**IV**	**V**	**VI**	**VI**	**Ja**	**Nein**
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zutreffende Kriterien für eine höhergradige Versorgung:

a	**b**	**c**	**d**	**e**	**f**	**g**	**h**	**i**	**j**	**k**	**l**	**m**
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Verordnungsbegründende Diagnosen - Besonderheiten

Stempel/Arztunterschrift

Abnahme des Hilfsmittels durch den Arzt ist erfolgt	**Datum:**	**Arztunterschrift:**