

**Verordnung bitte hier einkopieren:****Kontaktdaten:**

Sehr geehrtes Praxisteam,  
wir bitten um Ergänzung der oben angegebenen Verordnung – einen Stempel und eine Unterschrift genügen hierzu.

**Beiblatt gemäß Hilfsmittelrichtlinie §7 Abs. 2 zur ärztlichen Verordnung****( ) Lymphologische Versorgung****Strumpfkongfiguration****( ) komprimiertes Zehenteil/ Zehenkappen Stück \_\_\_\_\_****( ) distaler schräger Fußabschluss****( ) geschlossene Fußspitze****( ) 90° Fuß, anatomisch abgewinkelter Fuß****( ) anatomisch abgewinkelt Knie****( ) schräger Abschluss proximal****( ) Haftband****( ) laterale Erhöhung****( ) Hüftbefestigung****( ) offener Schritt****( ) horizontaler/vertikaler Eingriff****( ) Hodensack****( ) Stomaöffnung****( ) Einbeinhose****( ) Taschen in Kniekehle(n) Stück \_\_\_\_\_****( ) vermehrte Einkehr am Ellenbogen****( ) Handschuh****Weitere erforderliche Zusätze****( ) Pelotten inkl. Tasche(n) Einarbeitung Stück \_\_\_\_\_****( ) Futterstoff****( ) Stulpen als Kombinationsversorgung****( ) mehrteilige Kombinationsversorgung****( ) zusätzliche Haftbandstücke****( ) Webansatz****( ) Reißverschluss Stück \_\_\_\_\_****( ) Silberversorgung****( ) Narbenkompression Versorgung****Befund Ergebnis****( ) ödematöser Fußrücken****( ) Zehenfehlstellung****( ) arthrotische Veränderungen****( ) konische anatomische Form****( ) sehr/ weiches Gewebe****( ) Hautirritation****( ) prominente Extensorensehne****( ) ausgeprägte anatomische Ferse, Haglundferse****( ) Beinparese****( ) ausgeprägte Lobulierung und Weichteilgewebe am Knie****( ) überwiegend sitzende Tätigkeit****( ) voluminöse Oberschenkel****( ) mobiler Patient, Zehenfehlstellung****( ) Verbesserung der Mobilität****( ) Beugekontraktur, Armlähmung****( ) ausgeprägte konische Beinform****( ) sehr schlanke Beinform****( ) Bewegungs- und Funktionseinschränkung(en)****( ) rheumatische Erkrankung****( ) Adipositas permagna****( ) Inkontinenz****( ) Kalibersprünge****( ) Greifschwäche der Hände****( ) ödematöse Zehen und Fußrücken****( ) ödematöse Finger und Hände****( ) Ulkustherapie****( ) Abweichung vom anatomischen Standard****( ) Hausbesuche****( ) Mehraufwand für OP/ besondere hygienische Anforderungen (Narbenkompression)**

Datum/ Unterschrift Arzt/ Stempel