

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****Strumpfkfiguration****() komprimiertes Zehenteil/ Zehenkappen Stück _____****() distaler schräger Fußabschluss****() geschlossene Fußspitze****() 90° Fuß, anatomisch abgewinkelter Fuß****() anatomisch abgewinkeltes 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