

Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

Formular kommt nur zur Anwendung, sofern kein spezifisches Formular
existiert (z.B. nicht anwendbar für Hörsystem- oder Rollstuhlversorgung)

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS



VERBAND FUSS & SCHUH ASSOCIATION
PIED & CHAUSSURE
Orthopädischschuhtechnik und Schuhservice Schweiz
Technique Orthopédique de Chaussures et Conforterie Suisse



Patientenangaben

Name		
Vorname		
Strasse		
PLZ / Ort		
Geb.dat.		Geschlecht
AHV-Nr.		
Telefon		



Versicherung

Name		
Strasse		
PLZ / Ort		
Mail		
GLN		

Arbeitgeber / Versicherungsdaten

Name		
Strasse		
PLZ / Ort		
Gesetz/Ver-Nr.		
Unfall-Nr./-Dat.		

Versorgungsrelevantes Problem

--	--	--	--

Behandlungsgrund ☐ Unfall ☐ Invalidität / Geburtsgebrechen ☐ Krankheit

Verordnetes Hilfsmittel / Behandlungsgerät

(Art, Ausführung des Hilfsmittels, möglichst keine Marken-/Modell-Angaben)

--	--	--	--

Versorgung ☐ Dringend ☐ im Spital ☐ am Domizil ☐ nicht substituierbar

Versorgungsziel und Versorgungsdauer

(nur IV relevant)

☐ **Eingliederungszweck (Hilfsmittel):** Fortbewegung, Selbstsorge, Kontakt mit der Umwelt, Erwerbstätigkeit, Tätigkeit im Aufgabenbereich, Schulung/Ausbildung und funktionelle Angewöhnung
oder

☐ **Behandlungsziel (Behandlungsgerät):** (z.B. Lagerung, Redression, Dehnung, Muskelaufbau)

Voraussichtliche Versorgungsdauer: ☐ Dauer: ☐ länger als 1 Jahr

Arzt/Ärztin

--	--

Mail

GLN ZSR

Datum der Erstellung

TechnikerIn

--	--

Mail

GLN Tel.

Elektronische Übermittlung

--

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

Bemerkungen

☐ EINLAGEN / FUSSBETTUNGEN



☐ Bettend



☐ Stützend



☐ Sensomotorisch



☐ Dämpfend/
Entlastend



☐ Nachtschiene
(Dorsal-Lift)



☐ Videoanalyse

☐ SPEZIALSCHUHE / SERIENSCHUHE / KOMPRESSIONSSTRÜMPFE



☐ Hoher Schaft
(Künzli)



☐ Rehab Total
Hinteneinstieg



☐ Vorfussent-
lastungsschuh



☐ Weiter
Zehenraum



☐ Wade
KKL 2



☐ Schenkel
KKL 2

☐ BANDAGEN / ORTHESEN



☐ Fuss



☐ Knie



☐ Hüfte



☐ Rücken



☐ Schulter



☐ Arm/Hand

HAUPTSTANDORTE

BERN

T. 031 388 89 89
info@ortho-team.ch

LUZERN

T. 041 429 08 08
luzern@ortho-team.ch

ZÜRICH

T. 044 422 46 22
zuerich@ortho-team.ch

THUN

T. 033 222 30 55
thun@ortho-team.ch

BURGDORF

T. 034 420 10 10
burgdorf@ortho-team.ch

AARAU

T. 062 388 03 06
aarau@ortho-team.ch

BASEL

T. 061 691 62 70
basel@ortho-team.ch

ST. GALLEN

T. 071 222 63 44
stgallen@ortho-team.ch

SOLOTHURN

T. 032 624 11 55
solothurn@ortho-team.ch

WALLIS

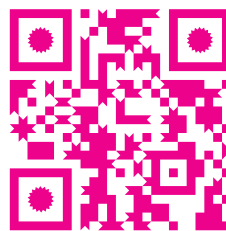
T. 027 923 24 24
wallis@ortho-team.ch

WINTERTHUR

T. 052 209 01 90
winterthur@ortho-team.ch

SCHAFFHAUSEN

T. 052 625 21 12
schaffhausen@ortho-team.ch



ALLE STANDORTE

