

Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

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

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

Als konfektionierte Standardversorgung und als patientenindividuelle Massanfertigung erhältlich



AD

Wade

- ☐ KKL 1
- ☐ KKL 2
- ☐ KKL 3
- ☐ System für
Ulcerus cruris
- ☐ KKL 4



AG

Schenkel

- ☐ KKL 1
- ☐ KKL 2
- ☐ KKL 3
- ☐ KKL 4



AT

Strumpfhose

- ☐ KKL 1
- ☐ KKL 2
- ☐ KKL 3
- ☐ KKL 4



AT/UM

Umstandshose

- ☐ KKL 1
- ☐ KKL 2
- ☐ KKL 3



CG

Armversorgung

- ☐ KKL 1
- ☐ KKL 2



AC

Handschuh

- ☐ KKL 1
- ☐ KKL 2
- ☐ Mit Finger

Als patientenindividuelle Massanfertigung erhältlich



AA (AB)

Zehenkappe

- ☐ KKL 1
- ☐ KKL 2



Bermudas

- ☐ KKL 1
- ☐ KKL 2
- ☐ KKL 3
- ☐ KKL 4



Caprihose

- ☐ KKL 1
- ☐ KKL 2
- ☐ KKL 3
- ☐ KKL 4



Einbein- versorgung

- ☐ KKL 1
- ☐ KKL 2
- ☐ KKL 3
- ☐ KKL 4

Anzahl:

- ☐ Paar
- ☐ links
- ☐ Stück
- ☐ rechts

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

