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

ORTHO TEAM

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

TechnikerIn

Mail
GLN Tel.

Datum der Erstellung

Elektronische Übermittlung

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

Bemerkungen

☐ OBERE EXTREMITÄT


☐ Doppelschalen-/ Chenaukorsett


☐ Hand-/ Arm-Orthese


☐ Kielbrust-/ Trichterbrust-Orthese


☐ Kopforthese


☐ Geradehalter


☐ Scan

☐ UNTERE EXREMITÄT


☐ Klumpfuss-Orthese
☐ nach Ponsetti


☐ Hüftabduktions-Orthese (Kramer, Tübiger, n. Graf)


☐ Unterschenkel-Orthese
☐ Dorsal-Lift


☐ Knieorthese


☐ Hüft-Abduktionskeil


☐ Ganglabor

☐ FUSS- UND FUSSGELENK


☐ Propriozeptive Fussorthese


☐ Orthopädische Einlage


☐ OSSA / DAFO


☐ Stabilschuh


☐ Kinderschuhe
☐ Orthesenschuhe


☐ Laufanalyse

☐ KINDER-REHA


☐ Reha Buggy


☐ Laufhilfe


☐ Sitzversorgung


☐ Dreirad Fahrrad


☐ Stehgestell


☐ Kinderrollstuhl
individuelles Antragsformular erforderlich.

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