

## Orthesenbeiblatt zum Schuhverordnungsbogen



<b>Diagnose:</b>	<b>Befunde:</b>		<b>Kontextfaktoren:</b>	
	Größe:	Gewicht:	<input type="checkbox"/> häusliche Versorgung:	
	Wagner/Armstrong:	ggf. Sanders:    Levin:		
	Deformität:			
<input type="checkbox"/> PNP	Läsionsdauer:	Wundgröße:	<input type="checkbox"/> Teilmobilität erforderlich:	
<input type="checkbox"/> pAVK	Vorversorgung:			
	Bisheriger Verlauf:		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<b>Risikoklasse:</b>	Ggf.: Röntgenbefund:			
Patientendaten	Vor-OP's:			
	<b>Anforderung an Versorgungsform:</b>		<b>Beantragte Versorgungsform:</b>	
	<input type="checkbox"/> Umfangsänderungen durch		<input type="checkbox"/> TCC	
	<input type="checkbox"/> Herzinsuff.	<input type="checkbox"/> Lymphödem	<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> TCC geschalt
	<input type="checkbox"/> Desinfektion		<input type="checkbox"/> konfekt. Orthese	
	<input type="checkbox"/> Verbandswechsel		<input type="checkbox"/> Zweischalorthese	
	<input type="checkbox"/> voraussichtliche Tragedauer:		<input type="checkbox"/> Rahmenorthese	
	<input type="checkbox"/> kurzfristig:		<input type="checkbox"/> langfristig:	<input type="checkbox"/>
	Orthopädieschuhmachermeister/Orthopädietechnik:		Verordnender Arzt:	
	<input type="checkbox"/> Mitglied der AG Fuß DDG		<input type="checkbox"/> zertifiziert AG Fuß DDG	
Datum/Unterschrift /Stempel		Datum/Unterschrift /Stempel		