

Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

 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
Office fédéral des assurances sociales OFAS
Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS



VERBAND FUSS & SCHUH  ASSOCIATION PIED & CHAUSSURE
Orthopädeschuhtechnik und Schuhwaren Schweiz
Technique Orthopédique de Chaussures et Confectionnerie Suisse



ZMT  SCTM
ZENTRALSTELLE FÜR MEDIZINALTARIFE UMG
SERVICE CENTRAL DES TARIFS MÉDICAUX LAA
SERVIZIO CENTRALE DELLE TARIFFE MEDICHE LAMP



Patientenangaben

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

Empfänger:

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

Bemerkungen

EINLAGEN / FUSSBETTUNGEN



☐ Bettend



☐ Stützend



☐ Sensomotorisch



☐ Dämpfend/
Entlastend



☐ Nachtschiene
(Dorsal-Lift)



☐ Videoanalyse
Druckmessung

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

Arzt/Ärztin

Mail
Tel. Tel.
GLN
ZSR

Datum der Erstellung

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie
das Formular direkt und gesichert an den
gewählten ORTHO-TEAM Standort

