

# Verordnung zur Podologie bei diabetischem Fussyndrom

gem. Art. 11c KLV

PatientIn	
Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/> Geschlecht <input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
AHV-Nr.	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>

**Empfänger:**

Versicherer	
Name	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
GLN	<input type="text"/>

Arbeitgeber / Versicherungsdaten	
Name	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Gesetz/Vers.-Nr	<input type="text"/>
Unfall-Datum/-Nr.	<input type="text"/>

## Verordnung

- Krankheit  Domizilbehandlung

Gemäss Art. 11c KLV werden nur Leistungen auf ärztliche Anordnung hin vergütet, die bei **Personen mit Diabetes mellitus** erbracht werden, bei denen einer der nachfolgenden **Risikofaktoren für ein diabetisches Fuss-Syndrom** vorliegt. Die Anzahl Sitzungen werden pro Kalenderjahr angegeben. Das Verordnungsformular gilt daher für das Kalenderjahr, indem es erstellt wurde und muss für jedes neue Kalenderjahr erneut ausgestellt werden.

- Diagnose A:** Personen mit Diabetes mellitus und Polyneuropathie **ohne** peripher arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), **max. 4 Sitzungen**
- Diagnose B:** Personen mit Diabetes mellitus und Polyneuropathie mit peripher arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), **max. 6 Sitzungen**
- Diagnose C:** Personen mit Diabetes mellitus nach diabetischem Ulcus oder nach diabetesbedingter Amputation, **max. 6 Sitzungen**

Weitere Diagnose(n) / Bemerkungen:

Behandlungsbeginn per

Gültigkeitsdauer der Verordnung   
(Ende des laufenden Kalenderjahres)

Arzt/Ärztin	
GLN	<input type="text"/> ZSR <input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>

Podolog/in	
GLN	<input type="text"/> Tel. <input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>

**Datum:**

Elektronische Übermittlung
<input type="text"/>