

# Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte



## 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

# Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

## 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

