

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe
 Bei erstmaligem Antrag bitte dem Facharzt für Orthopädie vorlegen!

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 27,20 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto erstattet).
Hinweis: Eine Vergütung ist nur möglich, wenn Ihr Patient tatsächlich einen entsprechenden Antrag stellt.

Angaben zur Person

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)		Geburtsname										
Geburtsdatum		Geschlecht												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table>												<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Straße, Hausnummer														
Postleitzahl		Wohnort												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table>														
Beruf (bitte den Arbeitsplatz genau beschreiben)														
Maßangaben														
Gewicht		_____ kg	Größe	_____ cm										

Beschwerden und Funktionseinschränkungen aktuell

Diagnosen:

Beschreiben Sie bitte ausführlich die bestehenden Funktionseinschränkungen und/oder Schmerzsymptomatik.
 Bitte Befunde beifügen

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Durch welche Versorgung können diese gebessert werden?

Falls vorhanden, bitte Unterlagen zur bisherigen Diagnostik (z. B. Bilder, Podographie, Ganganalyse usw.) beifügen.

Wurden bereits früher orthopädische bzw. Einlagen zu Lasten der Krankenkasse verordnet?

nein

ja, wann

Welche Besonderheiten bzw. Veränderungen am Sicherheitsschuh sind medizinisch notwendig?

antistatische Einlagen

Verkürzungsausgleich

Ballenpolster

Schmetterlingsrolle

sonstiges

Falls Maßschuhe verordnet werden: Warum reichen Baumusterschuhe nicht aus?

Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers:

ja

nein

Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen erbeten:

ja

nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Abrechnung des Honorars

Versicherungsnummer

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Patient/in (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgeschlechtlichen Lebenspartners	

Ärztlicher Befundbericht

(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

27,20 EUR

Hinweis:

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen ist.

Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers	Kennziffer des Arztes
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
DE	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Rechnungsnummer	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer