Ärztliche Verordnung

Orthopädische Schuhversorgung der IV

# Name & Vorname: Geburtsdatum:

1. Genaue Diagnose/n:

2. Wird das Hilfsmittel aufgrund eines Unfalls benötigt? ☐ ja ☐ nein

* Wenn ja, nähere Angaben:

3. Wurde der Unfall durch Dritte verursacht? ☐ ja ☐ nein

4. Können Konfektionsschuhe getragen werden? ☐ ja ☐ nein

☐ **Konfektionsschuhe verschiedener Grössen** ➀ / **Mehrverbrauch wegen pathologischer Gangart** ➁

➀ Welche Schuhgrössen liegen vor:

➁ Bitte begründen Sie die pathologische Gangart:

5. Wenn nein, welche orthopädische Schuhversorgung (ein genauer Schuhtyp) ist aufgrund der aufgeführten Diagnosen aus invaliditätsbedingten Gründen ärztlich indiziert:

☐ **Orthopädische Schuhzurichtungen**

* Wie gross ist ein allfälliger Längenunterschied der Beine oder Füsse?

☐ **Orthopädische Spezialschuhe**

* Sind orthopädische Änderungen notwendig? ☐ ja ☐ nein
* Sind die Spezialschuhe für das Tragen von wechselbaren Einlagen notwendig? ☐ ja ☐ nein

☐ **Orthopädische Serienschuhe**

* Sind allenfalls orthopädische Änderungen notwendig? ☐ ja ☐ nein

☐ **Orthopädische** **Massschuhe**

Datum:

Vorname und Name:

Adresse:
(Praxis oder Spital/Klinik)

Stempel und Unterschrift
des Arztes/der Ärztin: