****

**Ärztliche Verordnung Fussversorgung**

**Personalien** □ Frau □ Herr

Vorname: Name

Geburtsdatum: AHV-Nr.

Kostenträger: □ Privat □ Krankenkasse □ IV □ SUVA

**Diagnose**

□ Spreiszfuss □ Senkfuss □ Knickfuss □ Knickplattfuss

□ Ballenfuss □ Fersensporn □ Hallux Valgus □ Krallenzehen

□ Metatarsalgie □ Achillodynie □ Diabetes □ Plantarfacitis

□ Rückenbeschwerden □ Hüftbeschwerden □ Kniebeschwerden □ Beschwerden OSG/USG

**Einlagen nach Mass**

□ stützend □ bettend □ sensomotorisch

**Einlagen nach Mass links mm rechts mm**

□ Beinverkürzungsausgleich □ □

□ Fersenspornentlastung □ □

□ Schockdämpfung bds. □ □

□ Sohlenversteifung □ □

□ Innen - □ Aussenranderhöhung □ □

□ Abrollrampe oder Schuhe □ □

**Bemerkung / anderes Hilfsmittel**

**Verordnende/r Ärztin / Arzt**

Ort, Datum: Unterschrift und Stempel:

□ Telefon: □ bitte um telefonischen Rückruf

 Mitglied im Verband Orthorehasuisse (wir rechnen direkt mit IV, SUVA, MV, UV ab) 

Online Termin