Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

Formular kommt nur zur Anwendung, sofern kein spezifisches Formular existiert (z.B. nicht anwendbar für Hörsystem- oder Rollstuhlversorgung)













Patientenangaben		Empfänger:				
Name Vorname Strasse PLZ / Ort Geb.dat. Ge AHV-Nr. Telefon	eschlecht	Zürich 044 272 89 81 www.haegeli-orthog	Uster 044 941 43 85	li AG d Rehabilitationstechnik Frauenfeld 052 720 28 37 egeli-orthopaedie.ch		
Versicherung Name Strasse PLZ / Ort Mail GLN Versorgungsrelevantes Problem		Arbeitgeber / Name Strasse PLZ / Ort Gesetz/Ver-Nr. Unfall-Nr./-Dat.	Versicherung	sdaten		
Behandlungsgrund Unfall Verordnetes Hilfsmittel / Behand		ität / Geburtsgebrechen Ært, Ausführung des Hilfsmit		Krankheit <i>Marken-/Modell-Angaben)</i>		
Versorgung Dringend	im Spital	am Domi	zil	nicht substituierbar		
Versorgungsziel und Versorgungsdauer (nur IV relevant) Eingliederungszweck (Hilfsmittel): oder Fortbewegung, Selbstsorge, Kontakt mit der Umwelt, Erwerbstätigkeit, Tätigkeit im Aufgabenbereich, Schulung/Ausbildung und funktionelle Angewöhnung Behandlungsziel (Behandlungsgerät): (z.B. Lagerung, Redression, Dehnung, Muskelaufbau)						
Voraussichtliche Versorgungsdauer:	Dauer:	aroccion, Borniang, waci	(Oldanbad)	länger als 1 Jahr		
Arzt/Ärztin		TechnikerIn				
Mail		Mail				
GLN ZSR		GLN	Tel.			
Datum der Erstellung						
Elektronische Übermittlung	haegeli-ort	hopaedie@hin.ch				

Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

Einla S S S D In	agenversorgung: agen nach Mass tellungskorrektur /eichbettung ensomotorik ämpfung anenranderhöhung ussenranderhöhung	Diagnose: Senk-/Spreizfuss Pes Varus Hallux Valgus Achillodynie Metatarsalgie Fersensporn Knickfuss Diabetes Beinlängendifferenz Iinks mm rechts mm	
Schu	uhzurichtungen:		
	Abrollrampe	☐ links ☐ rechts	
	Pufferabsatz	☐ links ☐ rechts	
	Sohlenversteifung	☐ links ☐ rechts	
	Gleitspitze	☐ links ☐ rechts	
	Schuherhöhung	☐ links ☐ rechts ☐ mm	
	Innenranderhöhung	☐ links ☐ rechts ☐ mm	
	Aussenranderhöhung	☐ links ☐ rechts ☐ mm	