

Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

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



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

Arzt/Ärztin

Mail
GLN ZSR

Datum der Erstellung

TechnikerIn

Mail
GLN Tel.

Elektronische Übermittlung

Der «Direkt-Versand» ist deaktiviert, weil der Empfänger nicht gesichert erreicht werden kann (HIN-Mail|Medidata)!

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Kompressionstherapie Kompressionsstrümpfe



Kompressionsstrumpf

Bein

- A-D Unterschenkelstrumpf
- A-D Ulcer Kit
- A-G Oberschenkelstrumpf
- A-T Strumpfhose
- A-T Schwangerschaftsstrumpfhose
- Zehenkappe

Arm

- Armstrumpf ohne Hand
- Handschuh mit offenen Fingern
- Handschuh mit geschlossenen Finger
- Fingerloser Handschuh
- Mit Schulterkappe

Kompression

- Klasse 2
- Klasse 3
- Klasse 4

Konfektion

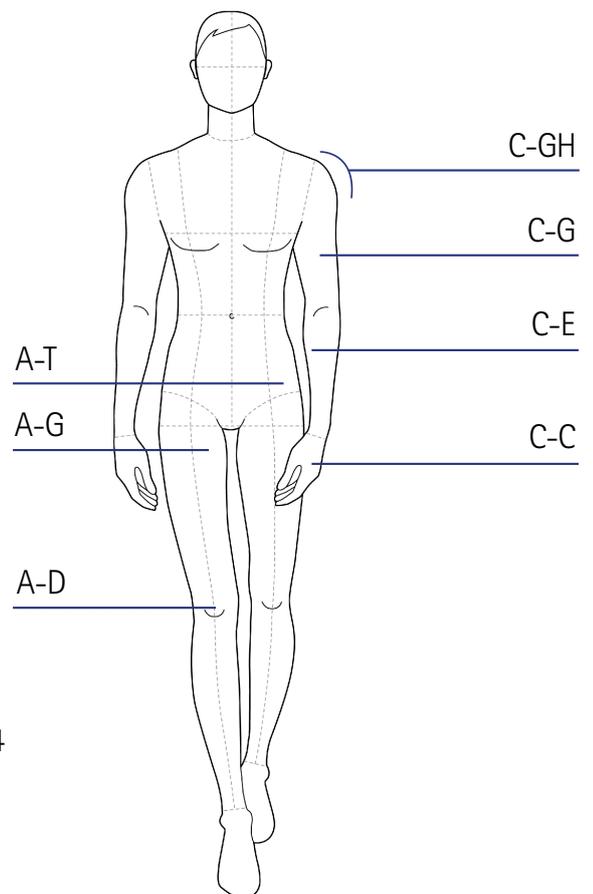
- Serie
- Nach Mass
 - Rundstrich
 - Flachstrick

Sonstiges

- Unterziehstrumpf
- Anziehhilfe

Kompressionsversorgung nach Mass

- Verbrennung
- Propriozeptiv



Anmerkungen

.....

.....

.....

.....