

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

Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte



Hilfsmittel:

☐ Bandage

☐ Orthese

☐ Nach Mass

Kopf - Hals - Rumpf

- ☐ Helm
 - ☐ Schutz
 - ☐ Korrektur
- ☐ Cervicalstütze
- ☐ Korsett
 - ☐ Korrektur
 - ☐ Stabilisation
- ☐ Sacral
- ☐ Lumbo- Sacral
- ☐ Thorax- Lumbo- Sacral
- ☐ Andere

Untere Extremität

- ☐ Fuss
- ☐ Knöchel
- ☐ Knie
 - ☐ Stützend
 - ☐ Stabilisierend
 - ☐ Mit Gelenk
- ☐ Oberschenkel
- ☐ Hüfte
- ☐ Andere

Obere Extremität

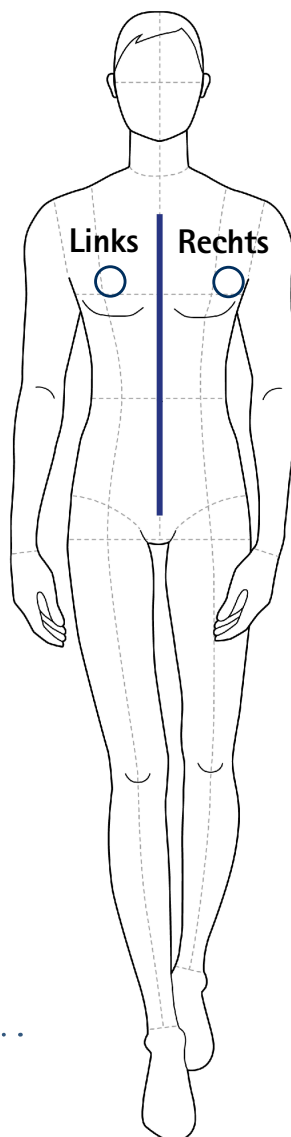
- ☐ Finger
- ☐ Daumen
- ☐ Daumen- Handgelenk
- ☐ Handgelenk
- ☐ Ellenbogen
- ☐ Schulter
- ☐ Andere

Orthopädische Einlagen

- ☐ Komfort/bettend
- ☐ Korrektur/aufrichtend
- ☐ Propriozeptiv
- ☐ Sensomotorisch
- ☐ Diabetische Fussbettung
- ☐ Andere

Kompressionsstrümpfe

- ☐ A-D
- ☐ A-G
- ☐ A-T
- ☐ KL. 1
- ☐ KL. 2
- ☐ KL. 3



Zusätzliche Informationen

.....

.....

.....

.....