

Anlage 14 – Beiblatt zur Verordnung von Spezialschuhen bei diabetischem Fußsyndrom

Name: Vorname:
geb. am:
Krankenkasse: Versicherten-
nummer:
Diagnose:

	Links	Rechts
pAVK	☐	☐
☐ Periphere Polyneuropathie	☐	☐
☐ Vibrationsempf. Großzehe	../8	../8
☐ Mikrofil n./o. Temperatur u./o. Spitz-/Stumpf-Empf. herabgesetzt	☐	☐
☐ Deformierung/Zeichen der Fehlstatik		
☐ Motorische Neuropathie		
• Zehendeformität (z. B. Krallenzehen)	☐	☐
• Hohlfuß	☐	☐
☐ plantare Verschwelung	☐	☐
☐ sonst. Deformität	☐	☐
.....		
☐	☐	☐
☐ Z. n. diabetischem Ulcus	☐	☐
.....		
☐ Z. n. Amputation	☐	☐
.....		
☐ Niereninsuffizienz	unbekannt ☐ ja: ☐ nein: ☐	
Sonstiges:	☐	☐
Der Patient benötigt Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom mit		
☐ Weichpolstereinlagen	☐ diabetesadaptierte Weichbettung	
☐ Schuhzurichtung	☐	☐
.....		

Beiblatt ausgefüllt	Kontrolle der angepassten Schuhe/Bettung durch Orthopädie-Schuhmacher innerhalb ca. zwei Wochen nach Auslieferung
Datum:	Datum:
.....	
Datum/Stempel/Unterschrift	Datum/Stempel/Unterschrift