

An die
Damen und Herren
Durchgangsarzte

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen: Pz
Ansprechpartner: Herr Schmitt
Telefon: 0211 8224 637 (**Zentrale**)
Fax: 0211 8224 644
E-Mail: lv-west@dguv.de

Datum: 04.10.2011

Rundschreiben D 14/2011

Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherungsträger hat die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung einen Vordruck entwickelt. Wir bitten Sie, ab sofort nur noch diesen neuen Formtext (F2404 - Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen) zu benutzen. Adressat dieser Verordnung ist ausschließlich der zuständige Unfallversicherungsträger. Sie ist **nicht** dem Versicherten auszuhändigen oder an einen Leistungserbringer zu übergeben, sondern dem Unfallversicherungsträger, der damit einen Hinweis erhalten soll, dass eine entsprechende Versorgung des Versicherten notwendig ist. Er hat dann die Möglichkeit, die Einzelheiten über Art und Umfang der Versorgung ggf. durch Einschaltung einer orthopädischen Versorgungsstelle oder eines sonstigen Spezialisten zu klären.

Das Beratungsarztverfahren des Landesverbandes West der DGUV bleibt hiervon unberührt.

Das Ordnungsformular erhalten Sie anbei als PDF-Dokument. Es ist im Bedarfsfall über die Formularbestellung zu beziehen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag



Andro
Geschäftsstellenleiter

Anlage

Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen

Unfallversicherungsträger		Die Verordnung muss dem zuständigen Unfallversicherungsträger übermittelt werden.
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort		
Unfalltag		Diagnose
1 Umfang der erforderlichen Schuhausstattung		
<input type="checkbox"/> Erstausstattung <input type="checkbox"/> Wechselausstattung <input type="checkbox"/> Ersatzausstattung <input type="checkbox"/> Reparatur		
2 Erforderliche Leistungen		
<input type="checkbox"/> Orthopädische Einlagen <input type="checkbox"/> Vorkonfektionierte/semiorthopädische Schuhe <input type="checkbox"/> Orthopädische Zurichtung konfektioniierter Schuhe <input type="checkbox"/> Orthopädische Maßschuhe <input type="checkbox"/> Orthopädisch konfektionierte Schuhe		
3 Orthopädische Schuhausstattung		
Schuhform/Schuhhöhe:		
<input type="checkbox"/> Halbschuh <input type="checkbox"/> knöchelübergreifend <input type="checkbox"/> Sandale		
Schuharten orthopädische Schuhe:		
<input type="checkbox"/> Straßenschuh <input type="checkbox"/> Hausschuh <input type="checkbox"/> Sportschuh <input type="checkbox"/> Badeschuh <input type="checkbox"/> Verbandsschuh/Therapieschuh <input type="checkbox"/> Winterstiefel <input type="checkbox"/> Arbeitsschuh, wenn bekannt <input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuh S 1 <input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuh S 2 <input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuh S 3		
Auftrag auf Wunsch des Leistungsträgers erteilt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Ärztliche Abnahme erforderlich: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Begründung und Therapieziel für die orthopädische Schuhausstattung:		
Sonstige Bemerkungen:		
Datum		Unterschrift/Stempel