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: Technikerln

ROTH 4 FOOT ORTHOPÄDIE

Poststrasse 3
9100 Herisau
071 350 14 44
roth4foot.ch
info@roth4foot.ch

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

Technikerln

Mail
GLN Tel.

Datum der Erstellung

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

Bemerkungen