

Versicherungsnummer
_ _

## Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Bei erstmaligem Antrag bitte dem Facharzt für Orthopädie vorlegen!

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 28,44 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto erstattet).  
**Hinweis:** Eine Vergütung ist nur möglich, wenn Ihr Patient tatsächlich einen entsprechenden Antrag stellt.

### Angaben zur Person

Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)		Geburtsname	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Straße, Hausnummer				
Postleitzahl	Wohnort			
Beruf (bitte den Arbeitsplatz genau beschreiben)				
Maßangaben				
Gewicht _____ kg		Größe _____ cm		

### Beschwerden und Funktionseinschränkungen aktuell

**Diagnosen:**

---

Beschreiben Sie bitte ausführlich die bestehenden Funktionseinschränkungen und/oder Schmerzsymptomatik.  
 Bitte Befunde beifügen

Versicherungsnummer

Durch welche Versorgung können diese gebessert werden?

Falls vorhanden, bitte Unterlagen zur bisherigen Diagnostik (z. B. Bilder, Podographie, Ganganalyse usw.) beifügen.

Wurden bereits früher orthopädische bzw. Einlagen zu Lasten der Krankenkasse verordnet?

nein       ja, wann \_\_\_\_\_

Welche Besonderheiten bzw. Veränderungen am Sicherheitsschuh sind medizinisch notwendig?

- antistatische Einlagen
- Verkürzungsausgleich
- Ballenpolster
- Schmetterlingsrolle
- sonstiges

Falls Maßschuhe verordnet werden: Warum reichen Baumusterschuhe nicht aus?

**Bemerkungen**

Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers:     ja       nein

Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen erbeten:     ja       nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

## Abrechnung des Honorars

Versicherungsnummer

### Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Patient/in (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgeschlechtlichen Lebenspartners	

### Ärztlicher Befundbericht

(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

**28,44 EUR**

#### Hinweis:

**Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen ist.**

### Überweisungsweg

Name des Kontoinhabers	Kennziffer des Arztes
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
<b>DE</b>	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Rechnungsnummer	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer