**Deutsche Rentenversicherung Hessen**
Abteilung Versicherungsleistungen (Teilhabe)
Städelstraße 28, 60596 Frankfurt am Main
Postanschrift: 60591 Frankfurt am Main

Telefon 069 6052-0
Telefax 069 6052-1600
www.deutsche-rentenversicherung-hessen.de

Deutsche Rentenversicherung
Hessen

# Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Bei erstmaligem Antrag bitte dem Facharzt für Orthopädie vorlegen.

Versicherungsnummer

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 25,20 Euro (inkl. Schreibgebühr, Fotokopie und Porto) erstattet.
**Hinweis:** Eine Vergütung ist nur möglich, wenn Ihr Patient auch tatsächlich einen entsprechenden Antrag stellt.

## Angaben zur Person

| Name | Vorname (Rufname bitte unterstreichen) | Geburtsname |
|---|---|---|
| | | |

Geburtsdatum

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Straße, Hausnummer

| Postleitzahl | Wohnort |
|---|---|
| | |

Beruf

Maßangaben
Gewicht _____ kg Größe _____ cm

## Beschwerden und Funktionseinschränkungen aktuell

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

Durch welche Versorgung kann diese gebessert werden?
Falls vorhanden, bitte Unterlagen zur bisherigen Diagnostik (wie Bilder, Pedographie, Ganganalyse usw.) beifügen.

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

☐ nein

☐ ja am _____

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

**ausstellende Ärztin / ausstellender Arzt** | Zulassungsnummer

Name, Vorname | Telefon

Straße und Hausnummer | Postleitzahl | Wohnort

Bankverbindung

International Bank Account Number | Bank Identifier Code

IBAN **D E** | Bankleitzahl | Kontonummer | BIC

Ort, Datum | Stempel und Unterschrift

Formular drucken

Formular zurücksetzen