**Invalidenversicherung – Arztbericht orthopädische Schuhversorgung**

Personalien versicherte Person

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |
|  |  |  |
| Versichertennummer |  | Geburtsdatum |
|  |  | . |

Ergänzende Fragen zur Hilfsmittel-Abklärung

|  |
| --- |
|  |

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Wir wollen den Fall rasch prüfen. Dazu brauchen wir Ihre kompetente Mithilfe.

Bitte beantworten Sie die Fragen im Bericht, soweit Ihr Fachgebiet und Ihr Patientendossier dies zulassen. Legen Sie bitte Kopien von bereits vorliegenden Berichten bei.

Informationen

Sie möchten wissen, wie die Zusammenarbeit mit den IV-Stellen funktioniert? Informationen finden Sie unter .

**Kontakt**

Haben Sie Fragen zum Stand der Abklärungen?

**Falls wir Sie anrufen sollen:** Wann können wir Sie unter welcher Nummer erreichen?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Telefonnummer |  | Zeitfenster |
|  |  |  |

Bei medizinischen Fragen wenden Sie sich bitte an unseren Regionalen Ärztlichen Dienst.

Das Ausfüllen des Formulars soll gemäss Tarmed (Tarif 001) erfolgen und ist elektronisch einzureichen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

1. Medizinische Angaben

|  |
| --- |
| Aktuelle Diagnose / anatomische Veränderungen am Fuss  (Beilagen: **Röntgenbilder, Podogramm und Fotos**) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wird das Hilfsmittel aufgrund eines Unfalls benötigt? | Ja | Nein |
| Falls ja, bitte nähere Angaben |  | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wurde der Unfall durch Dritte verursacht? | Ja | Nein |

1. Angaben und Ergänzungen zur verordneten orthopädischen Schuhversorgung

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bestehen Schwierigkeiten beim Tragen herkömmlicher Konfektionsschuhe? | | Ja | Nein | |
| Falls ja, bitte begründen |  | | |
|  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Genügt eine Versorgung mit auswechselbaren orthopädischen Schuheinlagen? | Ja | Nein |

1. Welche nachfolgende orthopädische Schuhversorgung ist aufgrund der aufgeführten Diagnosen aus invaliditätsbedingten Gründen ärztlich indiziert?

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Orthopädische Schuhzurichtung (Ziffer 4.02 HVI)** |
|  | (Orthopädische Schuhzurichtungen sind Änderungen und Anpassungen an normalen Konfektionsschuhen oder an Spezialschuhen für Orthesen sowie an Spezialschuhen für Stabilisation. Die Änderungen und Anpassungen beinhalten oft den Ausgleich der Beinlängendifferenz, eine verbesserte Abrollung und Dämpfung, z.B. bei Arthrosen, Anpassungen der Passform sowie eine individuelle Fussbettung etc.) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Normale Konfektionsschuhe verschiedener Grössen (Ziffer 4.04 HVI)**  **(ohne anatomische oder pathologische Veränderungen)** | | | | |
|  |  | Welche Schuhgrössen sind ungefähr notwendig? | Links |  | Rechts |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Erhöhter Schuhverbrauch / Mehrverbrauch infolge pathologischer Gangart (Ziffer 4.04 HVI)** | |
|  | (z. B. infolge spastischer Hemiparese) | |
|  | Bitte begründen Sie die pathologische Gangart | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Orthopädische Spezialschuhe (Ziffer 4.03 HVI)** | |
|  | (Orthopädische Spezialschuhe ist ein Sammelbegriff für konfektionierte Schuhe, die besondere Elemente zur Erleichterung der Abrollung, Dämpfung oder Stabilisierung besitzen. Sie können auch eine spezielle Konstruktion aufweisen, um das Tragen von Orthesen oder Schuheinlagen zu ermöglichen. Sie sind deshalb geeignet, gewisse Funktionsausfälle zu lindern. Diese Schuhe benötigen in der Regel nur geringe Korrekturen und Anpassungen.) | |
|  |  | |
|  | Welcher dieser Spezialschuhe ist notwendig? | |
|  |  | |
|  |  | **Spezialschuhe für Orthesen (**nur im Zusammenhang mit dem Tragen einer Orthese) |
|  |  |  |
|  |  | **Spezialschuhe für Stabilisation** (Knöchelüberragendes Schuhwerk mit eingearbeiteten Stabilisatoren, das z. B. bei Instabilitäten oder Lähmungen eingesetzt wird) |
|  |  |  |
|  |  | **Spezialschuhe für lose Schuheinlagen** (Schuhe mit erhöhtem Platzbedarf und stabiler Hinterkappe. Sie sind speziell für das Tragen von Schuheinlagen geeignet.) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Orthopädische Serienschuhe (Ziffer 4.01 HVI)** |
|  | Werden bei komplexen Fussveränderungen, starken statischen Fehlstellungen, Polyneuropathie etc. angepasst. Diese Schuhe werden konfektionsmässig in Serien als eine Art Halbfabrikat hergestellt und durch den eidg. dipl. Orthopädieschuhmachermeister speziell angepasst und mit einer integrierten individuellen Fussbettung fertiggestellt. Im Endzustand bilden diese Schuhe eine Einheit als ganzheitliches Hilfsmittel und können zum Teil dem Mass-Schuh gleichgesetzt werden. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Orthopädische Mass-Schuhe (Ziffer 4.01 HVI)** |
|  | Massgefertigte Schuhe, die individuell hergestellt werden. Orthopädische Mass-Schuhe werden nur angefertigt, wenn eine Versorgung mit orthopädischen Serienschuhen nicht möglich ist. Dieser Schuhtyp darf nur durch eidg. dipl. Orthopädieschuhmachermeister angepasst und abgegeben werden. |

1. Diverses

|  |
| --- |
| Datum |
|  |

|  |
| --- |
| Vorname, Name, genaue Adresse (Praxis/Abteilung) und Unterschrift des Arztes / der Ärztin  (elektronisches Visum genügt) |
|  |

1. Beilagen

|  |
| --- |
| Wir bitten Sie, Berichtskopien von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt. |
|  |