

## Anhang 2 zur Anlage 1 – PG 31 – zum Vertrag mit für orthopädische Maßschuhe

An:

◊ **KNAPPSCHAFT**  
Fachzentrum für Hilfsmittel

◊ SVLFG \_\_\_\_\_

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ KVNR: \_\_\_\_\_

Straßenschuh     Hausschuh     Maßschuh bei Orthesenversorgung

Neulieferung     Nachlieferung     Wechsellpaar

Typ:  01\*                       02\*                       10                       20                       30

**\* Bei Typ 01 + 02:**

- Hersteller: \_\_\_\_\_
- Artikelbezeichnung: \_\_\_\_\_
- Artikelnummer: \_\_\_\_\_

**Individuelle Anforderungen der Versorgung:**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes adaptierte Fußbettungen             | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Knöchelkappe innen und außen | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Zusatzarbeiten bei Beinlängendifferenz in cm | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Arthrodesenkappe             | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Zusatzarbeiten bei Zehen-/Vorfußamputation   | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Stützwalklasche              | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Schaftpolsterung                             | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Sohlenversteifung            | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Peronäuskappe klein/groß                     | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Schmetterlingsrolle          | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Knöchelkappe innen                           | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Abrollsole                   | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Knöchelkappe außen                           | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Puffer-/Abrollabsatz         | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |

**Kosten \*:**

Schuhe (Paar) \_\_\_\_\_

MwSt. Betrag \_\_\_\_\_

**Summe \*\***

\_\_\_\_\_

\* alternativ kann auch ein selbst erstellter Kostenvorschlag beigelegt werden

\*\* abzgl. Eigenanteil und Zuzahlung

**Abrechnungsposition**

Positionsnummer 31.03.0\_90 \_\_

Einreichender Betrieb: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

IK Nr. \_\_\_\_\_

Stempel:

Datum:

Unterschrift: