



## Angaben der Versicherten / des Versicherten

### Aktuelle Beschwerden und Funktionseinschränkungen

(gegebenenfalls zusammen mit Ihrem Orthopäden, Chirurgen, Werks- oder Betriebsarzt ausfüllen)

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

Wurde bereits früher orthopädischer Fußschutz beziehungsweise Einlagen verordnet?

ja nein

Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Müssen Sie auch privat Schuhe mit orthopädischer Ausstattung oder Einlagen tragen?

ja nein

Welche Besonderheiten beziehungsweise Veränderungen am Sicherheitsschuh, Schutzschuh oder Berufsschuh sind notwendig?

antistatische Einlagen    Verkürzungsausgleich    Ballenpolster    Schmetterlingsrolle

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen aufgrund einer Fußfehlform oder Funktionseinschränkung im Bereich der Füße eine Behinderung festgestellt worden? Bitte Nachweise beifügen.

ja nein

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt und haben Sie aufgrund dieser Erkrankung Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?

ja nein

Sind bei Ihnen Durchblutungsstörungen der Beine bekannt und hatten Sie dadurch schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?

ja nein

### Bitte fügen Sie aktuelle Befunde bei!

- Befundbericht des behandelnden Orthopäden oder Chirurgen
- Unterlagen zur bisherigen Diagnostik wie Bilder, Pedographie / Podogramm, Trittspur auf Blaupapier oder Ganganalyse, Knöchel- und Gelenkmaße (Fußmaße)
- Kostenvoranschlag
- 

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherte / Versicherter \_\_\_\_\_