

Versorgungsvorschlag Einlagen

Für nachstehenden Patienten empfehlen wir folgende Einlagenversorgung:

.....
Patient (Name, Vorname)

.....
Geburtsdatum

Ein Paar stützende Einlagen (08.03.01) (4/4-lang)
(z.B.: K03 / K04 / K05)

mögl. Zusätze:	<input type="radio"/> Supinations-/Pronationskeil
	<input type="radio"/> Fersenspornausnehmung/ Fersenweichbettung
	<input type="radio"/> Rigidusfeder
	<input type="radio"/> Weichbettung langsohlig
	<input type="radio"/> Verkürzungsausgleich fest _____ cm
	<input type="radio"/> Außenranderrhöhung

Ein Paar Weichpolsterbettungseinlagen (08.03.02.1) elastisch, druckumverteilend (4/4-lang)
(z.B.: K06 / K07 / K08)

mögl. Zusätze:	<input type="radio"/> Supinations-/Pronationskeil
	<input type="radio"/> Fersenspornausnehmung
	<input type="radio"/> Fersenweichbettung
	<input type="radio"/> Verkürzungsausgleich fest
	<input type="radio"/> Außenranderrhöhung
	<input type="radio"/> Außenfensterung im Vorfußbereich

Ein Paar Bettungseinlagen (08.03.02.0) (Kork-Ledereinlagen) elastisch, ggf. druckumverteilend (4/4-lang)
(z.B.: K01 / K02)

mögl. Zusätze:	<input type="radio"/> Supinations-/Pronationskeil
	<input type="radio"/> Fersenspornausnehmung/ Fersenweichbettung
	<input type="radio"/> Weichbettung langsohlig
	<input type="radio"/> Verkürzungsausgleich fest _____ cm
	<input type="radio"/> Außenranderrhöhung

Ein Paar Schaleeinlagen (08.03.03.0) elastisch (4/4-lang)
(z.B.: K09)

mögl. Zusätze:	<input type="radio"/> Supinations-/Pronationskeil
	<input type="radio"/> Weichbettung langsohlig
	<input type="radio"/> Verkürzungsausgleich fest _____ cm
	<input type="radio"/> Außenranderrhöhung

*Nur bei Kindern bis 18 Jahre.
Bei Erwachsenen immer KV!
Bei GKV vorbehaltlich der Genehmigung.*

Ein Paar Schaleeinlagen (08.03.03.1) fest, verformbar
(z.B.: K10)

mögl. Zusätze:	<input type="radio"/> Supinations-/Pronationskeil
	<input type="radio"/> Weichbettung langsohlig
	<input type="radio"/> Weichbettung Vorfußbereich
	<input type="radio"/> Verkürzungsausgleich fest _____ cm

*Immer KV!
Bei GKV vorbehaltlich der Genehmigung.*

Ein Paar handwerklich gefertigte Sondereinlagen mit spiraltechnischer Korrektur (langsohlig)
(z.B.: P14)

ACHTUNG! NUR BEI RECHTS STEHENDEN DIAGNOSEN MÖGLICH:	<input type="radio"/> Knick-Plattfuß
	<input type="radio"/> Klumpfuß nach Abschluss des Wachstums
	<input type="radio"/> postoperative Versorgung nach einer Klumpfuß-OP
	<input type="radio"/> sonstigen schweren, kontrakten Fußdeformitäten

*Immer KV!
Bei GKV vorbehaltlich der Genehmigung*

Diagnose:

Sonstiges:

Vielen Dank, Ihr Orthopädie & Rehatechnik Zentrum Riese-Team

Antrag auf Kostenübernahme

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Ich beantrage die Kostenübernahme:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="radio"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="radio"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="radio"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="radio"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="radio"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input type="radio"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="radio"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="radio"/>	54.99.02.0002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
Sanitätshaus Orthopädietechnik Riese GmbH Gutenbergstr. 22–24, 53332 Bornheim	3305 32 332

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Ort/Datum/Unterschrift des Versicherten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54**
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfeberechtigung**
bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 51 mit Zuzahlung**
- PG 51 ohne Zuzahlung**
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter**
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter**

Datum

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift