

Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

Formular kommt nur zur Anwendung, sofern kein spezifisches Formular existiert (z.B. nicht anwendbar für Hörsystem- oder Rollstuhlversorgung)



Patientenangaben

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ / Ort _____
Geb.dat. _____ Geschlecht _____
AHV-Nr. _____
Telefon _____

Empfänger:



Versicherung

Name _____
Strasse _____
PLZ / Ort _____
Mail _____
GLN _____

Arbeitgeber / Versicherungsdaten

Name _____
Strasse _____
PLZ / Ort _____
Gesetz/Ver-Nr. _____
Unfall-Nr./-Dat. _____

Versorgungsrelevantes Problem

Behandlungsgrund Unfall Invalidität / Geburtsgebrechen Krankheit

Verordnetes Hilfsmittel / Behandlungsgerät (Art, Ausführung des Hilfsmittels, möglichst keine Marken-/Modell-Angaben)

Versorgung Dringend im Spital am Domizil nicht substituierbar

Versorgungsziel und Versorgungsdauer (nur IV relevant)

Eingliederungszweck (Hilfsmittel): Fortbewegung, Selbstsorge, Kontakt mit der Umwelt, Erwerbstätigkeit, Tätigkeit im Aufgabenbereich, Schulung/Ausbildung und funktionelle Angewöhnung
oder

Behandlungsziel (Behandlungsgerät): (z.B. Lagerung, Redression, Dehnung, Muskelaufbau)

Voraussichtliche Versorgungsdauer: Dauer: _____ länger als 1 Jahr

Arzt/Ärztin

Mail _____
GLN _____ ZSR _____

Datum der Erstellung _____

TechnikerIn

Mail _____
GLN _____ Tel. _____

Elektronische Übermittlung

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

Bemerkungen

OBERE EXTREMITÄT



Doppelschalen-/Chenaukorsett



Hand-/ Arm-Orthese



Kielbrust-/Trichterbrust-Orthese



Kopforthese



Geradehalter



Scan

UNTERE EXTREMITÄT



Klumpfuß-Orthese
 nach Ponsetti



Hüftabduktions-Orthese (Kramer, Tübiger, n. Graf)



Unterschenkel-Orthese
 Dorsal-Lift



Knieorthese



Hüft-Abduktionskeil



Ganglabor

FUSS- UND FUSSGELENK



Propriozeptive Fussorthese



Orthopädische Einlage



OSA / DAFO



Stabilschuh



Kinderschuhe
 Orthesenschuhe



Laufanalyse

KINDER-REHA



Reha Buggy



Laufhilfe



Sitzversorgung



Dreirad Fahrrad



Stehgestell



Kinderrollstuhl
individuelles Antragsformular erforderlich.

BERN

T. 031 388 89 89
info@ortho-team.ch

BURGDORF

T. 034 420 10 10
burgdorf@ortho-team.ch

THUN

T. 033 222 30 55
thun@ortho-team.ch

HERZOGENBUCHSEE

T. 062 961 91 33
info@ortho-team.ch

FRIBOURG

T. 026 323 10 23
fribourg@ortho-team.ch

INTERLAKEN

T. 033 826 40 48
info@ortho-team.ch

NATERS

T. 027 923 24 24
wallis@ortho-team.ch

BASEL

T. 061 691 62 70
basel@ortho-team.ch

SOLOTHURN

T. 032 624 11 55
solothurn@ortho-team.ch

BIEL

T. 032 624 13 00
solothurn@ortho-team.ch

LUZERN

T. 041 429 08 08
luzern@ortho-team.ch

SURSEE

T. 041 921 10 99
sursee@ortho-team.ch

AARAU

T. 062 388 03 06
aarau@ortho-team.ch

ZUG

T. 041 429 08 08
zug@ortho-team.ch

ZÜRICH

T. 044 422 46 22
zuerich@ortho-team.ch

SCHWYZ

T. 041 811 11 55
schwyz@ortho-team.ch

SCHAFFHAUSEN

T. 052 625 21 12
schaffhausen@ortho-team.ch

WINTERTHUR

T. 052 209 01 90
winterthur@ortho-team.ch

ST. GALLEN

T. 071 222 63 44
stgallen@ortho-team.ch

