

# 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

# Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

## Bemerkungen

Als konfektionierte Standardversorgung und als patientenindividuelle Massanfertigung erhältlich



### AD

Wade

- KKL 1
- KKL 2
- KKL 3
- System für  
Ulcerus cruris
- KKL 4



### AG

Schenkel

- KKL 1
- KKL 2
- KKL 3
- KKL 4



### AT

Strumpfhose

- KKL 1
- KKL 2
- KKL 3
- KKL 4



### AT/UM

Umstandshose

- KKL 1
- KKL 2
- KKL 3



### CG

Armversorgung

- KKL 1
- KKL 2



### AC

Handschuh

- KKL 1
- KKL 2
- Mit Finger

Als patientenindividuelle Massanfertigung erhältlich



### AA (AB)

Zehenkappe

- KKL 1
- KKL 2



### Bermudas

- KKL 1
- KKL 2
- KKL 3
- KKL 4



### Caprihose

- KKL 1
- KKL 2
- KKL 3
- KKL 4



### Einbein- versorgung

- KKL 1
- KKL 2
- KKL 3
- KKL 4

Anzahl: .....

- Paar
- links
- Stück
- rechts

## 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

