Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Angaben zur Person

Gartenstraße 105, 76122 Karlsruhe Telefon 0721 825-0, Telefax 0721 825-21229 Adalbert-Stifter-Straße 105, 70429 Stuttgart Telefon 0711 848-0, Telefax 0711 848-21438

www.deutsche-rentenversicherung-bw.de info@drv-bw.de Telefon 0721 825-0, Telefax 0721 825-21229



Versich	erungs	snum	nmer						ĺ	
İ		1	ı	1	ı		ı	ı		

Ärztlicher Befundbericht für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder Arbeitsschuhe

Bei erstmaligem Antrag bitte dem Facharzt für Orthopädie, Diabetologie oder Rheumatologie vorlegen!

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 30,41 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto) erstattet.

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen) Geburtsname				
Geburtsdatum Geschlecht						
	männlich	weiblich	ohne Angab	e divers		
Straße, Hausnummer						
Postleitzahl Wohnort						
Beruf (bitte den Arbeitsplatz gena	au beschreiben)					
Maßangaben						
Gewicht	kg G	Größe	cm			
-		-				
Beschwerden und Funkt	ionseinschrän	kungen aktuell				
Beschwerden und Funktionseinschränkungen aktuell						
Diagnosen:						
Diagnosen:						
Diagnosen:						
Diagnosen:		•				
Diagnosen:		<u>.</u>				
Diagnosen:		•				
Diagnosen:		<u> </u>				
Diagnosen:		•				
Beschreiben Sie bitte ausführlich	die bestehenden F		ngen und/oder Schmer.	zsymptomatik.		
	die bestehenden F		ngen und/oder Schmer:	zsymptomatik.		
Beschreiben Sie bitte ausführlich	die bestehenden F		ngen und/oder Schmer:	zsymptomatik.		
Beschreiben Sie bitte ausführlich	die bestehenden F		ngen und/oder Schmer:	zsymptomatik.		
Beschreiben Sie bitte ausführlich	die bestehenden F		ngen und/oder Schmer:	zsymptomatik.		
Beschreiben Sie bitte ausführlich	die bestehenden F		ngen und/oder Schmer:	zsymptomatik.		
Beschreiben Sie bitte ausführlich	die bestehenden F		ngen und/oder Schmer:	zsymptomatik.		
Beschreiben Sie bitte ausführlich	die bestehenden F		ngen und/oder Schmer:	zsymptomatik.		

Durch welche Versorgung können diese gebessert werden? Falls vorhanden, bitte Unterlagen zur bisherigen Diagnostik (z. B. Bilder, Podographie, Ganganalyse usw.) beifügen. Bitte nur Kopien und keine Original-Unterlagen zusenden, da die Eingangspost digitalisiert wird. Die Unterlagen bitte nicht heften oder lochen.					
Wurden bereits früher orthopädische bzw. Einlagen zu Lasten der Krankenkasse verordnet? nein ja, wann					
Welche Besonderheiten bzw. Veränderungen am Sicherheitsschuh sind medizinisch notwendig?					
antistatische Einlagen					
Verkürzungsausgleich					
Ballenpolster					
Schmetterlingsrolle					
sonstiges					
Falls Maßschuhe verordnet werden: Warum reichen Baumusterschuhe nicht aus?					
Paradius nos					
Bemerkungen					
Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers: ja nein					
Ort, Datum Stempel und Unterschrift					

Versicherungsnummer

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Gartenstraße 105, 76122 Karlsruhe Telefon 0721 825-0, Telefax 0721 825-21229 Adalbert-Stifter-Straße 105, 70429 Stuttgart Telefon 0711 848-0, Telefax 0711 848-21438

www.deutsche-rentenversicherung-bw.de info@drv-bw.de
Telefon 0721 825-0, Telefax 0721 825-21229
Telefon 0711 848-0 Telefax 0711 848-21438



Abrechnung des Honorars

Versicherungsnu	mmer	
Ärztlicher Be f Patient/in (Name, V	fundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheit orname)	sschuhe
Straße und Hausnu	immer	
Postleitzahl	Wohnort	
Bei Angehörigen:	 Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgesc	hlechtlichen Lebenspartners
Ärztlicher Bet (einschl. Schreibgeb	fundbericht ühr, Kopien und Portokosten)	30,41 EUR
	g ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese lich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift de	
Überweisung	sweg	
Name des Kontoinh	nabers	Kennziffer des Arztes
Straße und Hausnu	mmer	
Postleitzahl	Wohnort	
IBAN (International DE	Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Nam	ne, Ort)	
Rechnungsnummer		
Ort, Datum	Stempel und Unter	schrift des Arztes/Telefonnummer

Seite 3 von 3