

## VERORDNUNG

Name/Vorname		Geb. Datum	
Strasse/Nr.			
PLZ/Ort			
Telefon			
Kostenträger	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> MV	<input type="checkbox"/> SUVA/UVG <input type="checkbox"/> KK/Privat <input type="checkbox"/> Andere

### ☐ EINLAGEN / FUSSBETTUNG



☐ Bettend



☐ Stützend



☐ Sensomotorisch



☐ Dämpfend



☐ Hallux Rigidus



☐ 3D Scan

### ☐ BANDAGEN / ORTHESEN



☐ Fuss



☐ Knie



☐ Hüfte



☐ Rücken



☐ Schulter



☐ Arm/Hand

### ☐ STRÜMPFE / SPEZIALSCHUHE



☐ Wade KKL 2



☐ Schenkel KKL2



☐ Massanfertigung



☐ Künzli



☐ Vorfussent-  
Lastungsschuh

### ☐ ANDERE HILFSMITTEL / BEMERKUNG

---



---



---

Datum

Unterschrift/Stempel