

Anlage 05

Orthopädienschuhmacher(in)

OTS

Bitte geben Sie hier die IK-Nummer der Betriebsstätte sowie den Namen der Fachlichen Leitung an, damit die Anlage dem entsprechenden Antrag zugeordnet werden kann:

IK-Nummer	
Name Fachliche Leitung	

Bitte wählen Sie hier die gewünschten Versorgungsbereiche passend zu dem von Ihnen gestellten Antrag aus:

Versorgungsbereich			Bezeichnung
PG05	<input type="checkbox"/>	05AR 1	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie)
PG08	<input type="checkbox"/>	08AR	Stoßabsorber, Verkürzungsausgleiche
PG17	<input type="checkbox"/>	17AR	Medizinische Kompressionsstrümpfe, Strumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe
PG20	<input type="checkbox"/>	20CR	Beinlagerungshilfen
PG23	<input type="checkbox"/>	23AR	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie)
	<input type="checkbox"/>	23BR	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen oberhalb Knie)
	<input type="checkbox"/>	23CR	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie) Lagerungsschalen für Fuß/Unterschenkel
	<input type="checkbox"/>	31CR	Schuhe, industriell hergestellt, Gehstöcke, Strumpfanziehhilfen, Hilfsmittel zur Narbenkompression, Bein

Ort, Datum

Unterschrift Inhaber(in), Vertreter(in) des Unternehmens Firmenstempel

¹ R = räumliche Versorgung. Ein Geschäftslokal ist für die Abgabe des Hilfsmittels zwingend erforderlich. Ist der Versorgungsbereich nicht mit „R“ gekennzeichnet, findet die Versorgung im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten statt (mobile Versorgung).