|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAK  Invalidenversicherung  Gerberweg 2  9490 Vaduz |

**Zusatzfragebogen Schuhe**

Versicherten-Nr. Geburtsdatum

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Name

|  |
| --- |
|  |

Vornamen

|  |
| --- |
|  |

Strasse, Hausnummer PLZ, Ort

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Versorgungsrelevante Diagnosen

|  |
| --- |
|  |

pathologische Befunde (z.B. Deformitäten, senso-motorische Störungen)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Beinlängendifferenz rechts/links in cm |  |

Fusslängendifferenz  Ja  Nein

Fuss-Operationen

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wann |  |

Bisherige Versorgung (Einlagen, Schuhzurichtungen, orthopädische Schuhe) welche

|  |
| --- |
|  |

suffizient / insuffizient, weil

|  |
| --- |
|  |

Gewicht in kg Grösse in cm

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Gehvermögen

nicht gehfähig

Wohnung

kurze Strecke ausser Haus

uneingeschränkt

|  |
| --- |
|  |

Welche Versorgungsart ist erforderlich

zugerichteter Konfektionsschuh

orthopädische Serienschuhe (Halbfabrikat)

orthopädische Spezialschuhe

Massschuhe

Bemerkungen

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wann ist eine Kontrolle des verordneten Hilfsmittels vorgesehen? Datum? |  |

Unterschrift

Vorname, Name, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin und/oder Angaben des Spitals

|  |
| --- |
|  |