|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAKInvalidenversicherungGerberweg 29490 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

|  |
| --- |
|        |