



Verordnung zur Podologie bei diabetischem Fussyndrom gem. Art. 11c KLV

Personalien

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____
Telefon Privat _____
E-mail _____
Arbeitgeber _____
PLZ / Ort _____
Telefon Geschäft _____
Krankenversicherer _____
Versicherungs-Nr. _____
Sozialvers.-Nr. _____

Adresse Podologiepraxis

- ☐ Krankheit
☐ Domizilbehandlung

Gemäss Art. 11c KLV werden nur Leistungen auf ärztliche Anordnung hin vergütet, die bei **Personen mit Diabetes mellitus** erbracht werden, bei denen einer der nachfolgenden **Risikofaktoren für ein diabetisches Fuss-Syndrom** vorliegt. Die Anzahl Sitzungen werden pro Kalenderjahr angegeben. Das Verordnungsformular gilt daher für das Kalenderjahr, indem es erstellt wurde und muss für jedes neue Kalenderjahr erneut ausgestellt werden.

- ☐ **Diagnose A:** Personen mit Diabetes mellitus und Polyneuropathie **ohne** peripher arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), **max. 4 Sitzungen**
- ☐ **Diagnose B:** Personen mit Diabetes mellitus und Polyneuropathie mit peripher arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), **max. 6 Sitzungen**
- ☐ **Diagnose C:** Personen mit Diabetes mellitus nach diabetischem Ulcus oder nach diabetesbedingter Amputation, **max. 6 Sitzungen**

Weitere Diagnose(n) / Bemerkungen:

Behandlungsbeginn per _____

Gültigkeitsdauer

Verordnung (Ende des

laufenden Kalenderjahres) _____

Arzt / Ärztin (Stempel): ZSR-Nr. und GLN

Podologe / Podologin (Stempel): ZSR-Nr. und GLN

Datum und Unterschrift

Datum und Unterschrift