

Anlage 05

Orthopädieschuhmacher(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, ohne Anpassung |
| | <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 |

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).