

Auftragsbogen

Stammdaten

Name: [ ] Vorname: [ ] Firma: [ ]
Wohanschrift-Str.: [ ] PLZ Wohnanschrift-Ort [ ]
Lieferanschrift-Str.: [ ] PLZ Lieferanschrift-Ort [ ]
Geb. Datum: [ ]
Tel.: Privat [ ]
Arzt: [ ] Kostenträger: [ ] Tel.: Arbeit (tagsüber) [ ]
Tel.Nr.: [ ]
KK-Vers.Nr.: [ ] BG-Unfalldatum: [ ] Fax-Nr.: [ ]
Tour: [ ] Klinik: [ ] BG-A.Z.: [ ]
Leistennummer: [ ] Angebot/Kova Nr.: [ ] E-Mail [ ]
[ ] Bilder angefertigt Auftrag angenommen: [ ] Datum [ ] NZ: [ ]

Positionen

[ ] Erstlieferung [ ] Nachlieferung [ ] Schuhe [ ] Hausschuhe [ ] Sicherheitss. [ ] Sportsch. [ ] Badesch.
[ ] über Orthese [ ] li.: [ ] neu [ ] vorhandene [ ] re.: [ ] neu [ ] vorhandene
letzte Schuhe: [ ] vorletzte Schuhe: [ ] letzte Hausschuhe : [ ] letzte Sicherh.schuhe: [ ] vorletzte Sicherh.schuhe: [ ] letzte Sportschuhe: [ ] letzte Badeschuhe: [ ]
Vorlieferant: [ ]

Termine

Maßn.-Termin: [ ] Filiale: [ ] [ ] Kostenvoranschlag genehmigt Datum: [ ] NZ: [ ]
1. Anprobetermin: [ ] Filiale: [ ] [ ] Pedogr: Termin vereinbart Datum: [ ] NZ: [ ]
Abholtermin: [ ] Filiale: [ ] [ ] Pedogr: Termin vereinbart Datum: [ ] NZ: [ ]
Hausbesuch: [ ] Filiale: [ ] [ ] Pedogr: Termin vereinbart Datum: [ ] NZ: [ ]
OVST-Abnahmetermin: [ ] [ ] Sofortauftrag ohne Genehmigung

Auftrag

Auftragserteilung
Hiermit erteile ich den Auftrag zur Anfertigung hier beschriebener orth. Schuhe. Ich erkläre mich bereit, den vom Kostenträger (Krankenkasse, Berufsgenossenschaften, etc.) festgesetzten Eigenanteil bei Fertigstellung zu bezahlen.
[ ] Zum gesetzlichen Eigenanteil / Zuzahlung in Höhe von [ ] Euro übernehme ich Modellkosten in Höhe von [ ] Euro.
[ ] Weiterhin beauftrage ich, mich nach Ablauf der Mindesttragezeit meines orthopädischen Hilfsmittels zu benachrichtigen, sowie über Neuheiten im Bereich orthopädischer Hilfsmittel zu informieren. Dieser Service ist kostenlos und keine Aufforderung, Leistungen der Kostenträger in Anspruch zu nehmen
[ ] Ich wünsche Informationen über orthopädische Hilfsmittel, Tragezeiten und gesetzliche Änderungen in Gesundheitswesen.
[ ] Ich bin damit einverstanden, dass zur Genehmigung notwendige Daten, wie z.B. Fußabdruck, Fotos, etc., an meinen Kostenträger übermittelt werden
Datum: [ ] Unterschrift des Kunden:.....
Sofortauftrag
Hiermit erteile ich den Auftrag zur Anfertigung oben beschriebener orth. Schuhe. Bei einer Ablehnung der Kostenübernahme durch den Kostenträger (z.B. Krankenkasse, Berufsgenossenschaft oder ähnliches), erkläre ich mich bereit, die Kosten selbst zu übernehmen.
Datum:..... Unterschrift des Kunden:.....

Sofortauft

Auslieferung

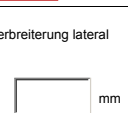
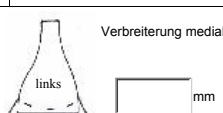
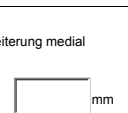
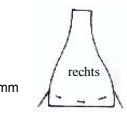
Passformkontrolle ohne Änderung:
Sofortige Änderungen: Zeitaufwand: Minuten
Änderungen für die nächste Versorgung:
Fixtermin für Wechselpaar vereinbart am: Datum: NZ:
EA bezahlt Datum: NZ:

Erklärung des Kunden
• Mit Passform, handwerklicher Ausführung und Funktion der orthopädischen Hilfsmittel bin ich zufrieden, soweit ich dies zur Zeit beurteilen kann.
• Die Einweisung in Handhabung, Hygiene und Funktionsweise ist erfolgt.
• Die Tragehinweise wurden mir ausgehändigt
• Über mögliche Risiken bin ich informiert worden
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Erklärung des Lieferanten gem. Medizinproduktgesetz
Wir versichern, dass das in Sonderanfertigung hergestellte Produkt aufgrund der Verordnung des o.a. Arztes ausschließlich für den o.a. Patienten bestimmt ist.
Das Produkt weist die o.a. spezifizierten Merkmale auf und entspricht den in Anhang I der Richtlinie 93/42/EWG genannten grundlegenden Anforderungen.
Die Dokumentation wird mindestens 5 Jahre aufbewahrt.
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name:	Vorname:	Leistennummer:	Datum:	Firma:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Erstlif.	<input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> Halbsch.leisten	<input type="checkbox"/> Knöchelleisten	<input type="checkbox"/> Beinleisten	<input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> geschäumt
	<input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> Halbsch.leisten	<input type="checkbox"/> Knöchelleisten	<input type="checkbox"/> Beinleisten	<input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> geschäumt
Leistenform <input type="checkbox"/> halbrund		<input type="checkbox"/> naturform	<input type="checkbox"/> diabetesadap.	<input type="checkbox"/> Absatzhöhe <input type="checkbox"/> li. <input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> re. <input type="text"/> mm
<input checked="" type="radio"/> Nachlieferung, Änderung: <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Nachlief. ohne Änderung			Datum:	NZ:

Leisten

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> re.	<input type="checkbox"/> Vorfußp.	<input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> re.	<input type="checkbox"/> Fersenp.	<input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> re.	<input type="checkbox"/> durchausgepolstert	<input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> re.		
<input type="checkbox"/> Arbeitsbett.		<input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> re.	<input type="checkbox"/> diab.adapt.		<input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> re.	<input type="checkbox"/> Bettung kürzen für Sandalen					
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="text"/>													
<input type="checkbox"/> Sonderform Bettung (auf Leisten rot markiert)													
Links :	FAP	<input type="text"/>	mm	Ballen innen	<input type="text"/>	mm	Ballen außen	<input type="text"/>	mm	Spitzenstärke	<input type="text"/>	mm	
Rechts:	FAP	<input type="text"/>	mm	Ballen innen	<input type="text"/>	mm	Ballen außen	<input type="text"/>	mm	Spitzenstärke	<input type="text"/>	mm	
Lotaufbau	Verbreiterung lateral <input type="text"/> mm 			Verbreiterung medial <input type="text"/> mm 			Verbreiterung medial <input type="text"/> mm 			Verbreiterung lateral <input type="text"/> mm 			
Absatzhöhe li. <input type="text"/> mm				re. <input type="text"/> mm				Rolle im Kork <input type="checkbox"/> Ballenrolle <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> Mittelfußrolle <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re.					
Spitzenhub li. <input type="text"/> mm				re. <input type="text"/> mm				Bettungsbau Datum:		NZ:		Bettungsschliff Datum: NZ:	

Bettung

<input type="checkbox"/> Folienprobeschuh mit Bettung	<input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> re.	<input type="checkbox"/> Folienprobeschuh ohne Bettung	<input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> re.	
<input type="checkbox"/> Andere Anprobeart: <input type="text"/>			<input type="checkbox"/> Keine Änderungen			
<input type="checkbox"/> notwendige Änderungen: <input type="text"/>						
<input type="text"/>					Datum:	NZ:

Anprobe

<input checked="" type="checkbox"/> MOC Katalog	<input type="checkbox"/> sonstige Kataloge		
Seite: <input type="text"/>	Modell <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Musterschuh	<input type="checkbox"/> v. Kunden anbei	<input type="checkbox"/> v. Kunden anzufordern	<input type="checkbox"/> v. uns EAS-Nr.: <input type="text"/>
<input checked="" type="radio"/> Halbschuh	<input checked="" type="radio"/> Stiefel	<input checked="" type="radio"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Nappa	<input type="checkbox"/> 1,0mm	<input type="checkbox"/> 1,2 mm	<input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Grundfarbe: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Zusatzfarben: <input type="text"/>	
<input checked="" type="radio"/> Lederfutter	<input checked="" type="radio"/> Diab. Futter	<input checked="" type="radio"/> Lammfell	<input checked="" type="radio"/> Weblamm <input checked="" type="radio"/> Karo-Hausschuhfutter
<input type="checkbox"/> Futter leicht	<input type="checkbox"/> Futter mittel	<input type="checkbox"/> Futter stark	<input checked="" type="radio"/> Futter sonstiges: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ösen	<input type="checkbox"/> Haken	<input type="checkbox"/> Ringösen	<input type="checkbox"/> Dornschniße <input type="checkbox"/> Druckknopfschniße
<input type="checkbox"/> RV innen	<input type="checkbox"/> RV aussen		<input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Klettverschluss	<input type="checkbox"/> Klett.umgelenkt		
<input type="checkbox"/> Lochung durchgelocht	<input type="checkbox"/> Lochung unterlegt		
<input type="checkbox"/> Oberlederverschalung - ringsrum mit Absatz	<input type="checkbox"/> Oberlederverschalung - ringsrum ohne Absatz		
<input type="checkbox"/> Oberlederverschalung - nur Absatz	<input type="checkbox"/> Oberlederverschalung - Vorfuß		
<input type="checkbox"/> Laschenpolster		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
<input type="checkbox"/> Lasche offen für Stützwalklasche		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
<input type="checkbox"/> Knöchelpolster innen	<input type="checkbox"/> Knöchelpolster aussen		
<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
<input type="checkbox"/> Schaftabschlussp.Einsatz	<input type="checkbox"/> Innenabschlusspolster		
<input type="checkbox"/> Futter hinten offen (ausgeschärft)	<input type="checkbox"/> geschlossene Zunge		
<input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re.			
<input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>			
Schafthöhe (mit Kork) li. <input type="text"/> cm		re. <input type="text"/> cm	

Schaftausführung



Beinmaße	Umfangsmaß links	bei Höhe (ohne Kork)	Umfangsmaß rechts	<input type="checkbox"/> Eigenfertigung	<input type="checkbox"/> Fertigung MOC
	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	Modell	Datum: NZ:
	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	Zuschnitt	Datum: NZ:
	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	Stepperei	Datum: NZ:
	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/> Verschalung mitbestellen	
	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	bestellt	Datum: NZ:

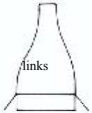
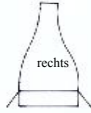
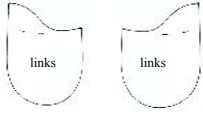
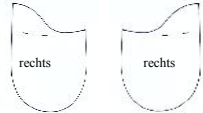
Name:	Vorname:	Leistenummer:	Datum:	Firma:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input checked="" type="radio"/> Lederbrandsohle mit Gelenkfeder <input checked="" type="radio"/> Vliesbrandsohle ohne Gelenkverstärkung (nur bei Vollkeil) <input type="checkbox"/> mm Kork mitzwicken				
Sohlenversteifung <input type="radio"/> links Carbon (fest) <input type="radio"/> links Glasf. (halbfest) <input type="radio"/> rechts Carbon (fest) <input type="radio"/> rechts Glasf. (halbfest)				
Vorderkappen <input type="radio"/> Thermokappe <input type="radio"/> Diabeteskappe <input type="radio"/> Stahlkappen <input type="checkbox"/> sonst: <input type="text"/>				
Vorderkappen <input type="checkbox"/> kurze Vorderk.    VK innen verl. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re.    VK innen verl. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re.    Blattverst <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re.				
Stützwalklasche <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="radio"/> flexibel (Berlen-Combi H10 BLF) <input type="radio"/> fest (Berlen-Flex SK 3175)				
Hinterkappen <input type="radio"/> Leder <input type="checkbox"/> Verstärkung mit KHK 1 <input type="radio"/> Kunststoffhinterkappe <input type="checkbox"/> <input type="text"/>				
Perokappe <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> flexibel angesetzt <input type="checkbox"/> Leder verstärkt mit Berlen-Flex SK 3175				
Einseit. Knöchelverst. <input type="checkbox"/> li.med. <input type="checkbox"/> li.lat. <input type="checkbox"/> flexibel angesetzt <input type="checkbox"/> Leder verstärkt mit Berlen-Flex SK 3175    Knöchelpolster <input type="checkbox"/> li.med. <input type="checkbox"/> li.lat. <input type="checkbox"/> re.med. <input type="checkbox"/> re.lat.				
Beidseit.Knöchelverst. <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> flexibel angesetzt <input type="checkbox"/> Leder verstärkt mit Berlen-Flex SK 3175    Knöchelpolster <input type="checkbox"/> li.med. <input type="checkbox"/> li.lat. <input type="checkbox"/> re.med. <input type="checkbox"/> re.lat.				
Arthrod.Kappe <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Verstärkung Berlen-Flex SK 3175 <input type="checkbox"/> li.med. <input type="checkbox"/> li.lat. <input type="checkbox"/> re.med. <input type="checkbox"/> re.lat. <input type="checkbox"/> Laminat				
Ausgleichspolster <input type="text"/>				
Überstemmen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonderform Hinterkappe (auf Leisten schwarz markiert)				

Zwicken

Zwicken - Verarbeitungshinweise:	Datum:	NZ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zwischenprobe <input checked="" type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein <input type="checkbox"/> keine Änderung notwendig	Datum:	NZ:
<input type="checkbox"/> Leistenänderungen	Datum:	NZ:
<input type="checkbox"/> Bettungsänderung	Datum:	NZ:
<input type="checkbox"/> Schaftänderung	Datum:	NZ:
<input type="checkbox"/> Änderungen beim Zwicken	Datum:	NZ:

Zwischenprobe

<input checked="" type="radio"/> Ausbattung Kork <input checked="" type="radio"/> Ausbattung als Polsterung	
Rahmen <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nr.: <input type="text"/> <input type="radio"/> Gummi-Verschaltung <input type="radio"/> OL-Verschl. siehe Schaft
Zwischensohlen	<input type="checkbox"/> Leder <input type="checkbox"/> EVA <input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> durchtrittsichere Stahlblechsohle
Ausführung Rollenstärke <input type="text"/> mm	<input type="checkbox"/> Ballenrolle <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> Schmetterlingsrolle <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re.
Spitzenstärke <input type="text"/> mm	<input type="checkbox"/> Mittelfußrolle <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> Zehenrolle <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re.
Sohlenranderhöhung	<input type="checkbox"/> Innenrand li. <input type="text"/> mm re. <input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> Außenrand li. <input type="text"/> mm re. <input type="text"/> mm
Lotaufbau <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Verbreiterung lateral</p> <input type="text"/> mm </div> <div style="text-align: center;">  <p>links</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Verbreiterung medial</p> <input type="text"/> mm </div> <div style="text-align: center;">  <p>rechts</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Verbreiterung lateral</p> <input type="text"/> mm </div> </div>	
Absatzart/Material <input checked="" type="radio"/> EVA <input checked="" type="radio"/> Kunststoff <input checked="" type="radio"/> Holz	
Absatzart <input checked="" type="radio"/> Block <input checked="" type="radio"/> Stegabsatz <input checked="" type="radio"/> Keilabsatz <input checked="" type="radio"/> Keil geschweift <input checked="" type="radio"/> Solor-Keil	
Zusatzarb. / Absatz <input type="radio"/> links Rolle <input type="radio"/> links Puffer <input type="radio"/> rechts Rolle <input type="radio"/> rechts Puffer	
Absatzverlängerung <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> li lateral </div> <div style="text-align: center;">  <p>links</p> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> li medial </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> re. medial </div> <div style="text-align: center;">  <p>rechts</p> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> re. lateral </div> </div>	
Absatzhöhe nach Spitzenhub <input type="checkbox"/> links <input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> rechts <input type="text"/> mm	
Reale Absatzhöhe <input type="checkbox"/> links <input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> rechts <input type="text"/> mm (Absatzhöhe gemessen ab Rahmenunterkante abz. Sohlen-u.Rollenstärke)	
Laufsohle Stärke <input type="text"/> mm <input checked="" type="radio"/> Sofftgunniwelle <input checked="" type="radio"/> Profilssole VIBRAM Art Nr. 1136 <input checked="" type="radio"/> Profilssole weich VIBRAM 1030 <input checked="" type="radio"/> Astro-Star <input checked="" type="radio"/> EVA-AERO <input checked="" type="radio"/> Pro-S <input checked="" type="radio"/> Euro Star Soft <input checked="" type="radio"/> Astro Saugnapf <input type="checkbox"/> Sohle als Rolle    Muster Nr.: <input type="text"/>	
Sonstiges: <input type="text"/>	
Gleitspitze <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re. Perlon	Datum: <input type="text"/> NZ: <input type="text"/>

Bodenbau

Auftragsbogen Druckversion 04.07.2024

Polsterungen <input type="checkbox"/> Vorfpo.gesamt <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> Fersenspomp. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> entspricht Bettungsbau
Polsterungen <input checked="" type="checkbox"/> punkt.n.Blauab. <input checked="" type="checkbox"/> li. <input checked="" type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> Fußbettung ganz <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re.
Polsterungen <input type="checkbox"/> links: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> rechts: <input type="text"/>
Fußersatz <input type="checkbox"/> links: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> rechts: <input type="text"/>

Polst.

Kennzeichnung MPG: Firma/Monat+Jahr: <input type="text"/>	Datum: <input type="text"/>	NZ: <input type="text"/>
---	-----------------------------	--------------------------

End

Name:	Vorname:	Leistennummer:	Datum:	Firma:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ansprechpartner für Rückfragen

Name: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_