



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

### Personalien

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Telefon Privat \_\_\_\_\_  
 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