

Ärztliche Verordnung

Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____

Adresse _____

PLZ / Ort: _____

Kostenträger: _____

Versicherten Nr. _____ Geburtsdatum: _____

Diagnose:

Orthopädische Hilfsmittel:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schuhszurichtungen | <input type="checkbox"/> Therapieschuh |
| <input type="checkbox"/> Abrollrampe | <input type="checkbox"/> Vorfussentlastung |
| <input type="checkbox"/> Sohlenversteifung | <input type="checkbox"/> Fersenentlastung |
| <input type="checkbox"/> Fersenpuffer | <input type="checkbox"/> mit Fussbettung nach Leisten |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Walkerversorgung | <input type="checkbox"/> Stabilisationsschuh |
| <input type="checkbox"/> mit Fussbettung nach Leisten | <input type="checkbox"/> Ortho Standard |
| | <input type="checkbox"/> Rehab Total |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Orthopädischer Spezialschuh | <input type="checkbox"/> Orthopädische Serienschuhe |
| <input type="checkbox"/> für Verbände | |
| <input type="checkbox"/> für Orthesen | <input type="checkbox"/> Orthopädische Massschuhe |
| <input type="checkbox"/> für Einlagen | |
| | <input type="checkbox"/> Orthopädische Einlagen |

Bemerkung:

Datum: _____ Verordnende Stelle (Stempel und Unterschrift): _____

Rückruf erwünscht an _____ unter Telefon _____

Shopping Silberturm
Rorschacherstrasse 154
9006 St.Gallen
Tel. 071 243 60 60
Fax 071 243 60 61

spiess-kuehne@hin.ch
info@spiess-kuehne.ch
www.spiess-kuehne.ch

Loestrasse 2/4
7000 Chur
Tel. 081 252 36 54
Fax 081 253 68 45
chur@spiess-kuehne.ch

Tellstrasse 13
8280 Kreuzlingen
Tel. 071 672 24 82
Fax 071 672 24 52
kreuzlingen@spiess-kuehne.ch

Neue Jonastrasse 52
8640 Rapperswil-Jona
Tel. 055 210 95 70
Fax 055 210 95 71
rapperswil@spiess-kuehne.ch

Lagerhausstrasse 3
8400 Winterthur
Tel. 052 222 96 49
Fax 052 223 00 15
winterthur@spiess-kuehne.ch