



Orthopädie

Summermatter GmbH
dipl. OSM – Visp – Brig

Zuweisung für orthopädische Fussversorgung

REZEPT

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Status nach _____

Diagnose für Fusseinlagen und Schuhe

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| ☐ Senkfüsse | ☐ Beinlängendifferenz | ☐ OSG / USG Beschwerden |
| ☐ Spreizfüsse | ☐ Diabetes mellitus | ☐ Kniebeschwerden |
| ☐ Plattfüsse | ☐ Polyarthrit | ☐ Hüftbeschwerden |
| ☐ Knickfüsse | ☐ Hallux Valgus | ☐ Rückenbeschwerden |
| ☐ Hohlfüsse | ☐ Fersensporn | ☐ Metatarsalgie |

Fussversorgung

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Einlagen nach Mass | ☐ Sensomotorisch | ☐ Hallux-Rigidus Einlagen |
| ☐ Diabetische Einlagen | ☐ Sporteinlagen | ☐ Weichbettung |

Schuhversorgung

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Mass-Schuhe | ☐ Serienschuhe | ☐ Künzli-Schuhe |
| ☐ Spezial-Schuhe | ☐ Einlagen-Schuhe | ☐ Haus-Schuhe |

Schuhzurichtung

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Ballenrolle | ☐ Carbonsohle | ☐ BLD Korrektur |
| ☐ Abrollabsatz | ☐ Sohlenversteifung | ☐ links ☐ rechts |
| | | _____ mm |

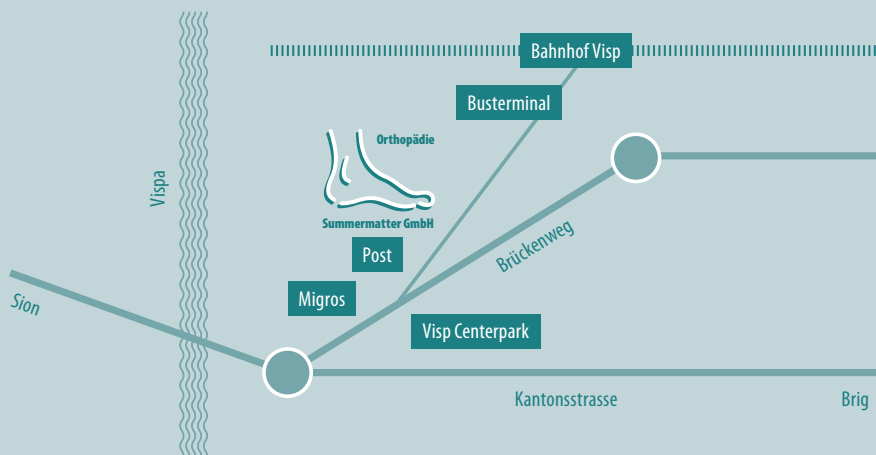
Andere Hilfsmittel/Bemerkungen

- | | |
|---|--|
| ☐ Fuss- und Kniebandagen | ☐ Stützstrümpfe nach Mass A-D |
|---|--|

Datum, Unterschrift

Wir bitten um telefonische Voranmeldung

Standort Visp



Standort Brig

