



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

Personalien

Name _____
 Vorname _____
 Strasse _____
 PLZ / Ort _____
 Geburtsdatum _____
 Telefon Privat _____
 E-mail _____
 Arbeitgeber _____
 PLZ / Ort _____
 Telefon Geschäft _____
 Krankenversicherer _____
 Versicherungs-Nr. _____
 Sozialvers.-Nr. _____

Adresse Podologiepraxis

PODOMAVIE GmbH
 Bahnhofpark 3
 CH-7320 Sargans
podomavie@hin.ch
 Tel. 081 304 35 10
 ZSR-Nr: X396217
 GLN-Nr: 7601001902053

- 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