

DGUV · Landesverband Südwest · Postfach 10 14 80 · 69004 Heidelberg

An die  
Durchgangsärztinnen und Durchgangsärzte  
in Baden-Württemberg und im Saarland

Ihr Zeichen  
Ihre Nachricht vom  
Unser Zeichen G 24.1/G 24.3  
(bitte stets angeben)  
Ansprechpartner/in Olaf Ernst  
Telefon 523-393  
Fax 523-399  
E-Mail olaf.ernst@dguv.de  
Internet www.dguv.de/landesverbaende

Datum 15.08.2011

## Rundschreiben D 09/2011

### Neuer Formtext (F 2404) für die Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherungsträger gibt es erstmals einen Verordnungsvordruck.

Den neuen Verordnungsvordruck (F 2404 – Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen) senden wir Ihnen zu (siehe beigefügte PDF-Datei).

In Kürze können Sie den F 2404 auch in Papierform bestellen. Bitte richten Sie Ihre Bestellung an: Kepnerdruck Druckerei + Verlag GmbH, Postfach 10 02 62, 75021 Eppingen, Telefon: 07262-91900.

Bitte verwenden Sie ab sofort für die Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen ausschließlich den (neuen) F 2404. Adressat der Verordnung ist der zuständige gesetzliche Unfallversicherungsträger.

Herzlichen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

i. A.

Fabian Ritter  
Leiter der Geschäftsstelle

**Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung e.V. (DGUV)**

Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand

Landesverband Südwest  
Kurfürsten-Anlage 62  
69115 Heidelberg  
Telefon 06221 523-0  
Fax 06221 523-399  
E-Mail lv-suedwest@dguv.de  
Internet www.dguv.de

SEB AG  
Konto 1967 403 702, BLZ 370 10 111  
IBAN DE54 37010111 1967403702  
BIC ESSEDE5F370

USt-ID-Nr. DE 123 382 489  
Steuer-Nr. 222/5751/0325  
IK 120591481

# Verordnung von orthopädischen Schuhen und Einlagen

Unfallversicherungsträger		Die Verordnung muss dem zuständigen Unfallversicherungsträger übermittelt werden.
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort		Diagnose
Unfalltag		
<b>1 Umfang der erforderlichen Schuhausstattung</b>		
<input type="checkbox"/> Erstausrüstung <input type="checkbox"/> Wechselausrüstung <input type="checkbox"/> Ersatzausrüstung <input type="checkbox"/> Reparatur		
<b>2 Erforderliche Leistungen</b>		
<input type="checkbox"/> Orthopädische Einlagen <input type="checkbox"/> Vorkonfektionierte/semiorthopädische Schuhe		
<input type="checkbox"/> Orthopädische Zurichtung konfektionierter Schuhe <input type="checkbox"/> Orthopädische Maßschuhe		
<input type="checkbox"/> Orthopädisch konfektionierte Schuhe		
<b>3 Orthopädische Schuhausstattung</b>		
Schuhform/Schuhhöhe:		
<input type="checkbox"/> Halbschuh <input type="checkbox"/> knöchelübergreifend <input type="checkbox"/> Sandale		
Schuharten orthopädische Schuhe:		
<input type="checkbox"/> Straßenschuh <input type="checkbox"/> Hausschuh <input type="checkbox"/> Sportschuh <input type="checkbox"/> Badeschuh		
<input type="checkbox"/> Verbandsschuh/Therapieschuh <input type="checkbox"/> Winterstiefel <input type="checkbox"/> Arbeitsschuh, wenn bekannt		
<input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuh S 1		
<input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuh S 2		
<input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuh S 3		
Auftrag auf Wunsch des Leistungsträgers erteilt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Ärztliche Abnahme erforderlich: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Begründung und Therapieziel für die orthopädische Schuhausstattung:		
Sonstige Bemerkungen:		
Datum _____		Unterschrift/Stempel _____