

# Arztbericht: Schuhversorgung

IV-Stelle Luzern  
Landenbergstrasse 35  
Postfach  
6002 Luzern

## **IV-Abklärung Schuhversorgung: Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren**

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung benötigen wir Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Arztbericht zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn deswegen einzelne Punkte offengelassen werden, haben wir durchaus Verständnis.

Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage [www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch).

Sie können den Arztbericht auch auf unserer Website herunterladen.

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder von Hand aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück. Für das Ausfüllen dieses Arztberichts können Sie gemäss Tarmed abrechnen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

# Arztbericht Schuhversorgung

Beurteilung des Anspruches von Erwachsenen auf eine besondere Schuhversorgung

Ergänzende Fragen

Bitte beantworten Sie auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt

Versicherte Person (Vorname, Name)

Geburtsdatum

AHV-Nummer

## 1. Medizinische Angaben

### > 1.1

Versorgungsrelevante Diagnose  
Bestehend seit wann?

### > 1.2

Letzte Untersuchung vom

### > 1.3

Ärztlicher Befund

### > 1.4

Welche anatomischen Veränderungen der Füße bestehen?

### > 1.5

Über welchen Zeitraum wird eine besondere Schuhversorgung benötigt?

### > 1.6

Wird die besondere Schuhversorgung aufgrund eines Unfalls benötigt?

ja

nein

Wurde dieser durch Dritte verursacht?

ja

nein

## 2. Hinweise für die Schuhversorgung

### > 2.1

Inwiefern bestehen Schwierigkeiten beim Tragen herkömmlicher Schuhe?

---

---

### > 2.2

Besteht aus medizinischen Gründen ein erhöhter Schuhverbrauch (z.B. spastische Hemiparese)?

Wenn ja, beschreiben Sie das Gangbild (Begründung für pathologische Gangart).

---

---

Welche Teile des Schuhs nutzen sich ab?

---

---

### > 2.3

Werden nummernverschiedene Schuhe benötigt?

ja

nein

Falls ja, Angabe der Schuhgrößen

Links Nr.

Rechts Nr.

---

---

### > 2.4

Besteht eine Beinlängendifferenz?

ja

nein

Wenn ja, wie viele Millimeter beträgt diese?

---

---

### > 2.5

Besteht eine besondere Beanspruchung der Schuhe im Beruf?

ja

nein

Wenn ja, inwiefern und weshalb?

---

---

## 3. Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

---

---

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

---

---

## 4. Beilagen

Wir bitten Sie, Kopien der Berichte von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

---

---