

# BEIBLATT BEIN UND FUSS

Im Sinne der Hilfsmittel-  
richtlinie §7 Abs. 2 zur  
ärztlichen Verordnung

## PATIENTENINFORMATIONEN

Name

Vorname

Geburtstag

Patientennummer

Krankenkasse

Datum

Datum

BAUERFEIND.DE

Arztstempel

Unterschrift

AUSFÜHRUNGEN	CCL 1	CCL 2	CCL 3	CCL 4
AA1				
AD				
AF				
AG				
AT				
BT				
B1T				
CT				
ET				
FT				
ATE				
Sonstige Versorgung				
ANZAHL	Paar	Stück		

### BEGRÜNDUNG

ergänzende Hinweise oder weitere Zusätze  
(z. B. Wechselversorgung aus hygienischen Gründen o. ä.)

BEZEICHNUNG	HILFSMITTEL- NUMMER	ANZAHL
<b>Zehen</b>	komprimierendes Zehenteil / Zehenkappe	17.99.99.2004
	nahtlose Zehenkappe	17.99.99.2004
	angenähte Zehen	
<b>Fuß</b>	geschlossene Fußspitze	17.99.99.2025
	anatomisch abgewinkelter Fuß (T-Ferse, 90°-Ferse)	17.99.99.2030
	schräge Abschlüsse Fuß	
	Hallux	
	Spannerweiterung	
	Pelotte	17.99.99.0002
<b>Knie</b>	anatomisches Knie / Funktionszone Knie	17.99.99.2028
<b>Bein</b>	Beinerhöhung	17.99.99.2027
	Lymphpad	17.99.99.0002
<b>Ab- und Verschlüsse</b>	schräge Abschlüsse Bein	17.99.99.2026
	Hüftbefestigung	17.99.99.2006
	Haftband	17.99.99.2008
	Haftbandstücke	17.99.99.2016
	Reißverschluss	17.99.99.2015
<b>Leibteil</b>	Zwickel kompressiv	17.99.99.2003
	Eingriff Herrenzwickel	17.99.99.2018
	Schwangerschaftsleibteil	17.99.99.2019
	Stomaöffnung	17.99.99.2020
<b>weitere Zusätze</b>	Futterstoff	17.99.99.2031
	mehrteilige Versorgung	