Stand 29.04.2026

Erhebungsbogen für die Schuhversorgung beim diabetischen Fußsyndrom

In Übereinstimmung mit den Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Absatz 9 SGB V erstellt der GKV-Spitzenverband Bedarfserhebungsbögen im Rahmen von Fortschreibungen der Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V.

Die Bedarfserhebungsbögen dienen der Feststellung und Erfassung der versorgungsrelevanten Informationen über die Versicherte oder den Versicherten, die Art und den Umfang der Versorgung, gegebenenfalls vorhandene zusätzliche Beeinträchtigungen und/oder Erkrankungen sowie etwaige Vorversorgungen.

Die Bögen sind für die Leistungsgewährung durch die Krankenkassen grundsätzlich nicht verpflichtend. Die Entscheidung über die Verwendung der Bedarfserhebungsbögen obliegt den Vertragspartnern gemäß § 127 SGB V. Ergänzungen zu den Bedarfserhebungsbögen können zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich vereinbart werden. Die gesetzlichen Vorschriften über den Datenschutz (insbesondere DSGVO, BDSG, § 35 SGB I, §§ 67 – 85a SGB X) sind von den Nutzern des Bedarfserhebungsbogens als datenschutzrechtlich verantwortliche Stellen eigenverantwortlich zu beachten (zum Beispiel eventuelle Einwilligungs- und Informationserfordernisse).

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Versichertennummer:		○ weiblich	○ männlich

○ Erstversorgung ○ Folgeversorgung

Grund der Versorgung:

Versorgungsrelevante Informationen:

Frühere Fußläsionen: ○ nein ○ ja, welche und wann:

Fuß-Operationen: ○ nein ○ ja, welche und wann:

Bisherige Spezialschuhversorgung:

○ keine ○ orthopädische Zurichtung am Konfektionsschuh

○ Weichpolsterbettungseinlage ○ Diabetesadaptierte Fußbettung

○ Spezialschuh bei DFS ○ Orthopädischer Maßschuh

○ suffiziente Versorgung ○ insuffiziente Versorgung, weil:

Angiologie: pAVK ○ nein ○ ja

kritische Ischämie: ○ nein ○ ja

(Befunde und Bilder vorliegend)

Fußbefund: vom: _____ ○ keine Läsion

Läsionsalter: _____ ○ Rezidiv Rezidivfreie Zeit: _____ Monate

Läsion: mutmaßlicher Auslöser: _____

Lokalisation/Beschreibung/Größe:

Deformitäten: ○ keine

	Links	**Rechts**
Hallux valgus		
Krallen-/Hammer-/Reiterzehen		
Sonstige		

Fußdruckmessung zur Erhebung von Druckspitzen (Reduktion von mindestens 30 %)

	Links	**Rechts**
1. Pedografie-Neutral-Messung mit der Neutralbettung im Schuh, in dem die zu fertigende DAF getragen wird		
2. Pedografie-Neutral-Messung mit der gefertigten DAF im Schuh, in dem die DAF getragen wird		

Neurologie: PNP mit Sensibilitätsverlust vorhanden ○nein ○ja

_____ _____

Datum Unterschrift