

**Anlage 3:** Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 31 (Schuhe), gültig ab: 01.07.2023 (AC/TK: 15/16/19 01 H31)

### Erhebungsbogen zur Versorgung mit Schuhen (zutreffendes bitte ankreuzen)

Vertragspartner: Name, Adresse, IK-Nummer \_\_\_\_\_

Ansprechpartner, Telefon, Fax \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

### Versorgung mit: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Spezialschuhen bei diabetischem Fußsyndrom  
Diabetesadaptierter Fußbettung (DAF)  
Orthopädischen Maßschuhen (mit diabetesadaptierter Fußbettung)  
Individuellen Fußbettung (es liegt ein Diabetes mellitus mit Fußdeformität vor)

### Ausführungen zur vorliegenden Indikation: (zutreffendes bitte ankreuzen)

pAVK	Z. n. nicht plantarer Fußläsion
PNP mit Sensibilitätsverlust (fehlende 10g-Mikrofilamenterkennung)	Fußteilamputation transmetatarsal und höher
Z. n. plantarer Fußläsion	Orthopädische Indikation

### Risikogruppe gemäß DDG und DGOOC: (zutreffendes bitte ankreuzen)

0	I	II	III	IV	V	VI
---	---	----	-----	----	---	----

**Sofern eine Höherversorgung mit einer DAF oder einer orthopädischen Maßschuhversorgung erforderlich ist, bitte zutreffendes ankreuzen:**

Kontralaterale Major-Amputation  
Arthropathie Hüfte/Knie/OSG oder Gelenkimplantat mit Funktionsbeeinträchtigung/Kontraktur  
Amputation der Großzehe/Resektion MFK I  
Motorische Funktionseinschränkung/Parese eines oder beider Beine  
Höhergradige Gang- und Standunsicherheit  
Extreme Adipositas (BMI>35)  
Dialysepflichtige Niereninsuffizienz  
Beruf mit überwiegender Steh- und Gehbelastung  
Erhebliche Visuseinschränkung

**Anlage 3:** Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 31 (Schuhe), gültig ab: 01.07.2023 (AC/TK: 15/16/19 01 H31)

Leistungserbringer/Stempel

---

Ort/Datum

Name in Druckbuchstaben, Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mich der Leistungserbringer umfassend bezüglich der Datenerhebung und Datenweiterleitung aufgeklärt hat.

---

Datum

Unterschrift der Versicherten

**Zu Ihrer Sicherheit (Datenschutzhinweis nach dem Sozialgesetzbuch):**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und 7 SGB V zum Zwecke der Hilfsmittelversorgung gemäß § 33 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Beachten Sie bitte, dass fehlende Mitwirkung zu Nachteilen bei Leistungsansprüchen führen kann. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter [www.aok-bw.de/datenschutzrechte](http://www.aok-bw.de/datenschutzrechte). Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart oder unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter [datenschutz@bw.aok.de](mailto:datenschutz@bw.aok.de).

Ihre im Rahmen der genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet.