



Unsere Empfehlung:
Versorgung nach
Operationen ...



DARCO

... bei folgenden Indikationen:

															
	OrthoWedge Vorfußentlastungsschuh	OrthoWedge Light Vorfußentlastungsschuh	Relief Dual® Fußteilentlastungsschuh	Relief Dual® Plus Fußteilentlastungsschuh mit hohem Schaft	MedSurg Verbandschuh	MedSurg Pro® Verbandschuh	AllRound Shoe® Geschlossener Verbandschuh	Commodus Open® Offener Verbandschuh	TAS® Hallux Valgus Zehenschiene	Relief Insert® Walker 2.0 Unterschenkel-Fußorthese	Relief Insert® Walker 2.0 Achill Unterschenkel-Fußorthese mit Achillessehnenentlastung	Air Pump Walker® Unterschenkel-Fußorthese (Langer Schaft)	Air Pump Walker® Unterschenkel-Fußorthese (Kurzer Schaft)	Air Pump Walker® Achill Unterschenkel-Fußorthese mit Achillessehnenentlastung	SlimLine® Gips- und Verbandschuh
	HiMi-Nr. 31.03.03.5038	HiMi-Nr. 31.03.03.5041	HiMi-Nr. 31.03.03.5072	HiMi-Nr. 31.03.03.5072	HiMi-Nr. 31.03.03.4026	HiMi-Nr. 31.03.03.4026	HiMi-Nr. 31.03.03.4089	HiMi-Nr. 31.03.03.4158	HiMi-Nr. 23.01.01.0008	HiMi-Nr. 23.06.01.0070	HiMi-Nr. 23.06.01.1021	HiMi-Nr. 23.06.01.0084	HiMi-Nr. 23.06.01.0084	HiMi-Nr. 23.06.01.1024	HiMi-Nr. 31.03.03.4025
Hallux Valgus	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hallux Rigidus	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hammerzehen-/ Krallenzehen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
TMT1 (Lapidus)-Arthrodes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MPG-Arthrodes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Stabile Fußfrakturen										✓	✓	✓	✓	✓	✓
Stabile Sprunggelenksfrakturen										✓	✓	✓	✓	✓	✓
Distorsionen Grad II										✓	✓	✓	✓	✓	✓
Distorsionen Grad III										✓	✓	✓	✓	✓	✓
Achillessehnenruptur											✓			✓	
Postoperativ nach Haglundexostosenabtragung				✓							✓			✓	
Gipsversorgung															✓
Kompatibel mit folgenden Sohlen	1 5	1 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	4 5	1 5		1 2 3 4 5					1 5



 Denken Sie an den Höhen-
 ausgleich und
 verordnen Sie
 unseren passen-
 den TwinShoe®.
 HiMi-Nr.
 31.03.03.8001

Zur noch besseren Druckumverteilung empfehlen wir:



1



PegAssist® Insole | Waben-Einlegesohle

Blau: Für Relief Dual®/Plus, MedSurg/Pro®, Relief Insert® Walker 2.0

Schwarz: Für OrthoWedge/Light, Commodus Open®, SlimLine®

2



Puzzle Insole® | Modulare Innensohle

Für Relief Dual®/Plus, MedSurg/Pro®, Relief Insert® Walker 2.0

3



Relief Contour Insole | Weichbettungseinlegesohle

Für Relief Dual®/Plus, MedSurg/Pro®, Relief Insert® Walker 2.0

4



PegContour® Insole | Waben-Weichbettungseinlegesohle

Blau: Für Relief Dual®/Plus, MedSurg/Pro®, Relief Insert® Walker 2.0

Schwarz: Für AllRound Shoe®

5



PegContour® Insole Uni | Universelle Waben-Weichbettungseinlegesohle

Blau: Für Relief Dual®/Plus, MedSurg/Pro®, Relief Insert® Walker 2.0

Grau: Für AllRound Shoe®

Schwarz: Für OrthoWedge/Light, Commodus Open®, SlimLine®

Abrechnungsvorschlag für alle Sohlen: 23.99.99.0001 (Zubehör bei Orthesen)

31.99.99.0999 (Sonderarbeiten nach Kostenvorschlag bei Verbandsschuhen)

Allgemeine Rezepterklärung

Budget-
neutral

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Name der Krankenkasse		BVG	Hilfs- mittel- nr.	Impf- stuf.	Soz.-St. Baderf.	Begr.- pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A	X	8	9				
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Zusatzung		Gesamt-Brutto					
Mustermann, Hans		12.03.1958									
Musterstraße 10											
55555 Musterstadt				B		23.06.01.0070					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe			
1234567	22222	33333									
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum		2. Verordnung							
44444	55555	28.11.2022									
Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen)				Vertragsarztstempel							
<input checked="" type="checkbox"/>	C Relief Insert® Walker 2.0 Unterschenkel-Fußorthese			Dr. med. H. Mustermann							
<input type="checkbox"/>	D 1 Stück, links			Musterm. Medizin							
<input type="checkbox"/>	E OSG Arthrothese, links			Musterweg 5							
<input type="checkbox"/>	F Begründung Einzelproduktverordnung			Telefon 050.1 23 45							
bbbr				12345 Musterstadt							
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.2004)					
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer									

Für die eindeutige Verordnung eines DARCO Produkts sind folgende Angaben notwendig:

- A** Feld Nummer 7 muss markiert sein
- B** 10-stellige Hilfsmittelnummer
- C** Produktname und Beschreibung
- D** Anzahl, Seite, Variante (falls notwendig)
- E** Genaue Indikation / Diagnose
- F** Ggf. Begründung für Einzelproduktverordnung

DARCO (Europe) GmbH | Gewerbegebiet 18 | 82399 Raisting | Germany

Tel. +49 8807 9228-0 | Fax -22 | info@darco.de | www.darco.de



2023-10-26