Schnellerfassungsbogen

orthopädische Schuhversorgung nach dem **Bremer Modell**

Bedarfsstufen 1 bis 3 DGUV

MR Schuh GmbH

Name **Vorname**

Straße/Nr. **Wohnort**

Telefonnummer **Geb. Datum**

Verletzungsart **Schuhgröße**

Art der jetzigen Tätigkeit **Ansprechpartner / BG**

Termin

	Kategorie					*S1*	*S2*	*S3*
☐ **Arbeitsschuh**		☐	**ja**	☐	**nein**	☐	☐	☐
☐ **Straßenschuh**		☐	**ja**	☐	**nein**	☐	☐	☐
☐ **Hausschuh**		☐	**ja**	☐	**nein**	☐	☐	☐
☐ **Sportschuh**		☐	**ja**	☐	**nein**	☐	☐	☐
		☐	**ja**	☐	**nein**	☐	☐	☐
☐ **Erstversorgung**		☐	**ja**	☐	**nein**			
☐ **Altes Schuhwerk mitbringen**		☐	**ja**	☐	**nein**			
☐ **Reparatur vorhandener Schuhe**		☐	**ja**	☐	**nein**			
☐ **Aktuelle Befunde**		☐	**ja**	☐	**nein**			
☐ **Röntgenbilder**		☐	**ja**	☐	**nein**			
☐								

Sonstige wichtige Mitteilungen