

---

**Checkliste zur Bandagenversorgung (nicht: individuell hergestellte Orthesen)**

Name, Vorname der/des Versicherten: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Kostenträger: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

**1. Versorgungsgrundlagen:**

1.1. Maß 1: \_\_\_\_\_  
1.2. Maß 2: \_\_\_\_\_  
1.3. Vergleich mit der Größentabelle: \_\_\_\_\_

**2. Anprobe/Abgabe:**

2.1. Anprobe: \_\_\_\_\_  
2.2. Funktionscheck: \_\_\_\_\_  
2.3. Anpassungsbedarf: \_\_\_\_\_  
2.4. Gebrauchsanweisung ausgehändigt: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Stand Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.