# So verordnen Sie den orthopädischen Roller

**Beispielverordnung PKV**

**Musterpraxis**
Ihre Anschrift

Rp. Musterstadt, den

Orthopädischer Roller Orthoscoot leihweise
für xx Tage/Wochen

Hilfsmittelnummer: 22.50.02.0001

**Die Versorgung ist med. notwendig und dient der Heilbehandlung.**

Dg.:
Strukturelle Leistungsminderung re Fuß bei Arthose
OSG mit OSG TEP am xx.xx.xxxx

**Der orthopädische Roller ist beispielsweise medizinisch indiziert wegen / Vorerkrankungen:**

- Chronische Schulter- / Ellbogen- / Handgelenksbeschwerden nach OP / bei Arthrose / bei rheumatoider Arthritis
- Minderbelastbarkeit des gegenseitigen Beines wegen Knie- / Hüftgelenks- / Sprunggelenks- / Fußwurzelarthrose
- Zusätzliche Verletzung der oberen Extremität (Bei Frakturen Sprunggelenk oder Fuß)
- Chronischer Wundheilungsstörung/ chronischem Belastungsschmerz bei Diabetes mellitus / nach OP / Charcot Arthropathie und Befall der oberen Extremität