Patientenerklärung

	Daten des / der Versi				
	Name, Vorname:	Cindy Kaiser			
	Anschrift:	_849 York Street		-	
	PLZ und Ort:	West Johnborough 11140			
	Geburtsdatum:	0005-05-12		_	
	KV-Nummer:	9832463350		_	
	Verordnung vom:	19.11.2023			
	Die Abgabe von Orthopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrenzt.				
	Ich erkläre hiermit, o	<u>ass</u>			
\boxtimes	- ich noch keine ortho	pädischen Schuhzuricht ı	ungen erhalten habe (erstm	nalige Versorgung)	
	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtunger erhalten habe				
\boxtimes	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 2 paar orthopädische Schuhzurichtunger erhalten habe				
	- ich in den vergangenen 6 Monaten noch keine weitere orthopädische Schuhzurichtung erhalten habe				
\boxtimes	- ich noch keine Einla	och keine Einlagen erhalten habe(erstmalige Versorgung)			
⊠	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar Einlagen erhalten habe, welche ausreichend mit positivem Ergebnis erprobt wurden (Wechselpaar)				
⊠	- ich innerhalb der letz	rten 12 Monate	ne Einlagen oder		
		⊠ - ers	t ein Paar Einlagen erhaltei	n habe	
	(Folgeversorgung)				
	- dass ich nicht mit orthopädischen Schuhen versorgt wurde				
	Sollte die Rechnungsprüfung der Krankenkassen andere Angaben ergeben, besteht kein Anspruch und ich verpflichte mich, die Kosten selbst zu tragen.				

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Datum / Unterschrift Versicherter