Patientenerklärung

	Daten des / der Vers	Daten des / der Versicherten:		
	Name, Vorname: <u>Lisa Bridges</u>			
	Anschrift:	_5425 Curtis Bypass Apt. 093		
	PLZ und Ort:	Hawkinsville 108	34	
	Geburtsdatum:	2020-05-04		-
	KV-Nummer:	2924721928		-
	Verordnung vom:	19.11.2023		
	Die Abgabe von Orthopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrenzt.			
	Ich erkläre hiermit,	<u>dass</u>		
×	- ich noch keine orth	opädischen Schu l	hzurichtungen erhalten habe (erstm	nalige Versorgung)
\boxtimes	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtunger erhalten habe			
	- 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 Einlagen erhalten habe(erstmalige Versorgung)			
\boxtimes	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar Einlagen erhalten habe, welche ausreichend mit positivem Ergebnis erprobt wurden (Wechselpaar)			
	- ich innerhalb der let	zten 12 Monate	□ - keine Einlagen oder	
			□ - erst ein Paar Einlagen erhalter	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