## Patientenerklärung

	Daten des / der Versicherten:			
	Name, Vorname:			
	Anschrift:157 Lisa Lock Suite 345  PLZ und Ort:Port Scott 12910		uite 345	
			)	
	Geburtsdatum:	1968-12-09		-
	KV-Nummer:	4286786872		-
	Verordnung vom:	19.11.2023		
	Die Abgabe von Orthopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrenzt.			
	Ich erkläre hiermit,	<u>dass</u>		
$\boxtimes$	- ich noch keine orth	nopädischen <b>Schu</b>	hzurichtungen 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 Ein	lagen erhalten hab	pe(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 le	tzten 12 Monate	☑ - keine Einlagen oder	
			- erst ein Paar Einlagen erhalter	n habe
	(Folgeversorgung)			
⊠	- dass ich nicht mit <b>orthopädischen Schuhen</b> 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