

Patientenerklärung / Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten

Daten des / der Versicherten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

KV-Nummer: _____

Verordnung vom: _____

Die Abgabe von Orthopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrenzt.

Ich erkläre hiermit, dass

- ☐ - ich noch keine orthopädischen **Schuhzurichtungen** erhalten habe (erstmalige Versorgung)
- ☐ - ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe
- ☐ - ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 2 paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe
- ☐ - ich in den vergangenen 6 Monaten noch keine weitere orthopädische Schuhzurichtung erhalten habe

-
- ☐ - ich noch 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 letzten 12 Monate ☐ - keine Einlagen oder
☐ - erst ein Paar Einlagen erhalten 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.

Datum / Unterschrift Versicherter

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Erklärung zur höherwertigen Versorgung

Vom Leistungserbringer wurde mir eine bedarfsgerechte Versorgung ohne **Mehrkosten** angeboten, welche dem medizinisch Notwendigen entspricht.

☐ Ich habe mich für eine Versorgung mit Aufzahlung (Mehrkosten) entschieden.

Ich habe mich für folgende Versorgung entschieden:

Mit der Zahlung der Mehrkosten für die höherwertige Versorgung bin ich einverstanden.

Datum / Unterschrift Versicherter

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer