

Patientenerklärung

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.

01.01.2021 _____

Datum / Unterschrift Versicherter

Stempel _____

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer