

Patientenerklärung

Daten des / der Versicherten:

Name, Vorname: Michelle West
Anschrift: 46134 William Springs
PLZ und Ort: Garciatown 23283
Geburtsdatum: 0950-06-11
KV-Nummer: 5468792651
Verordnung vom: 19.11.2023

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