Patientenerklärung

	<u>Daten des / der Versicherten:</u>		
	Name, Vorname:	Nicole Francis	_
	Anschrift:	0853 Clayton Loop Suite 437	_
	PLZ und Ort:	West Nicholaschester 45864	_
	Geburtsdatum:	1929-02-02	_
	KV-Nummer:	3844269898	_
	Verordnung vom:	19.11.2023	
	Die Abgabe von Orti	hopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrenz	rt.
	Ich erkläre hiermit, o	<u>dass</u>	
\boxtimes	- ich noch keine ortho	opädischen Schuhzurichtungen erhalten habe (erst	malige Versorgung)
⊠	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe		
\boxtimes	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 2 paar orthopädische Schuhzurichtunger erhalten habe		
	- ich in den vergang erhalten habe	genen 6 Monaten noch keine weitere orthopädisc	he Schuhzurichtung
\boxtimes	- ich noch keine Einla	agen 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 letz	zten 12 Monate 🛛 - keine Einlagen oder	
		- erst ein Paar Einlagen erhalt	en 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