## Patientenerklärung

	Daten des / der Versicherten:			
	Name, Vorname:	_Kenneth Mcclain	<b>1</b>	
	Anschrift:1125 Ale		Locks	
	PLZ und Ort:	West Gregorybu	ry 75511	
	Geburtsdatum:	2016-07-12		-
	KV-Nummer:	8278409193		-
	Verordnung vom:	19.11.2023		
	Die Abgabe von Orthopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrenzt.			
	Ich erkläre hiermit, o	<u>lass</u>		
$\boxtimes$	- ich noch keine ortho	opädischen <b>Schu</b>	ı <b>hzurichtungen</b> erhalten habe (erstm	nalige Versorgung)
$\boxtimes$	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtunger erhalten habe			
	- 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 <b>Einla</b>	<b>igen</b> 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 letz	zten 12 Monate	☑ - keine Einlagen oder	
	(Folgeversorgung)		☑ - erst ein Paar Einlagen erhalter	n habe
	- 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