## Patientenerklärung

	Daten des / der Versi				
	Name, Vorname:				
			uite 353		
	PLZ und Ort: North Eddie 97355		<u>i</u>		
	Geburtsdatum:	1982-02-03		-	
	KV-Nummer:	_2420242338		-	
	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>Schuh</b> z	zurichtungen erhalten habe (erstm	nalige Versorgung)	
	- 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>	eine <b>Einlagen</b> 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 let	zten 12 Monate	☑ - keine Einlagen oder		
		1	□ - erst ein Paar Einlagen erhalter	n habe	
	(Folgeversorgung)				
	- 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