## Patientenerklärung

	Daten des / der Vers	Daten des / der Versicherten:				
	Name, Vorname:	Marco Edwards				
	Anschrift:	_514 Ernest Fork				
	PLZ und Ort:	_Alanton 40387				
	Geburtsdatum:	2006-12-09			-	
	KV-Nummer:	8954200540			-	
	Verordnung vom:	19.11.2023				
	Die Abgabe von Orthopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrenzt.  Ich erkläre hiermit, dass					
$\boxtimes$	- ich noch keine orth	opädischen <b>Sch</b> u	uhzurichtunge	<b>n</b> 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					
	- ich noch keine <b>Einl</b>	<b>agen</b> erhalten hal	be(erstmalige \	/ersorgung)		
⊠	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar Einlagen erhalten habe, welche ausreichend mit positivem Ergebnis erprobt wurden (Wechselpaar)					
⊠	- ich innerhalb der le	tzten 12 Monate	□ - keine E	inlagen oder		
			☐ - erst ein	Paar Einlagen erhaltei	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.					
	Datum / Unterschrift	Versicherter		Stempel/Unterschrift	 Leistungserbringer	