Patientenerklärung

	Daten des / der Versi				
	Name, Vorname:				
			xtension Suite 588		
			24807		
	Geburtsdatum:	0980-07-21		-	
	KV-Nummer:	875045606		_	
	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 Schu l	hzurichtungen erhalten habe (erstm	nalige Versorgung)	
\boxtimes	- 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 vergangenen 6 Monaten noch keine weitere orthopädische Schuhzurichtung erhalten habe				
\boxtimes	- ich noch keine Einla	ne Einlagen erhalten habe(erstmalige Versorgung)			
\boxtimes		ch im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar Einlagen erhalten habe, welche usreichend mit positivem Ergebnis erprobt wurden (Wechselpaar)			
	- ich innerhalb der letz	zten 12 Monate	☑ - keine Einlagen oder		
			□ - erst ein Paar Einlagen erhalter	n 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