

# Patientenerklärung

## Daten des / der Versicherten:

Name, Vorname: Joshua Fowler  
Anschrift: 45659 Williams Pass Suite 020  
PLZ und Ort: Andersonport 67736  
Geburtsdatum: 1906-12-07  
KV-Nummer: 1650697348  
Verordnung vom: 19.11.2023

---

**Die Abgabe von Orthopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrenzt.**

### Ich erkläre hiermit, dass

- ☒ - ich noch keine orthopädischen **Schuhzurichtungen** erhalten habe (erstmalige Versorgung)
  - ☒ - ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe
  - ☒ - ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 2 paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe
  - ☒ - ich in den vergangenen 6 Monaten noch keine weitere orthopädische Schuhzurichtung erhalten habe
- 

- ☒ - ich noch keine **Einlagen** erhalten habe (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 letzten 12 Monate ☒ - keine Einlagen oder  
☒ - erst ein Paar Einlagen erhalten 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.

---

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Versicherter

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Leistungserbringer