Patientenerklärung

	Daten des / der Vers			
			ot. 308	
	PLZ und Ort:	South Laurafurt 677	730	
	Geburtsdatum:	1959-12-04		-
	KV-Nummer:	3675884596		-
	Verordnung vom:	19.11.2023		
	Die Abgabe von Orthopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrenzt.			
	Ich erkläre hiermit,	<u>dass</u>		
\boxtimes	- ich noch keine orth	opädischen Schuhz	urichtungen erhalten habe (erstm	nalige Versorgung)
	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtunger 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	agen 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 let	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