## Patientenerklärung

Daten des / der Versicherten:			
	Name, Vorname:	_ Alisha Little	
	Anschrift:	_33034 David Locks	
	PLZ und Ort:	South Michaelborough 83118	
	Geburtsdatum:	0994-12-31	
	KV-Nummer:	8287610538	
	Verordnung vom:	19.11.2023	
	Die Abgabe von Orthopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrenzt.		
	Ich erkläre hiermit,	<u>dass</u>	
$\boxtimes$	- ich noch keine orth	nopädischen <b>Schuhzurichtungen</b> erhalten habe (erstmalig	e Versorgung)
	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtunger erhalten habe		
	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 2 paar orthopädische Schuhzurichtunge erhalten habe		
	- ich in den vergang erhalten habe	genen 6 Monaten noch keine weitere orthopädische S	chuhzurichtung
$\boxtimes$	- ich noch keine Einla	agen erhalten habe(erstmalige Versorgung)	
$\boxtimes$	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar Einlagen erhalten habe, welch ausreichend mit positivem Ergebnis erprobt wurden (Wechselpaar)		
	- ich innerhalb der let	tzten 12 Monate	
		- erst ein Paar Einlagen erhalten ha	be
	(Folgeversorgung)		
	- dass ich nicht mit <b>orthopädischen Schuhen</b> versorgt wurde		
	Sollte die Rechnungsprüfung der Krankenkassen andere Angaben ergeben, besteht keir Anspruch und ich verpflichte mich, die Kosten selbst zu tragen.		

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Datum / Unterschrift Versicherter