Patientenerklärung

	Daten des / der Versicherten:		
	Name, Vorname:	Donna Mcdonald	
	Anschrift:	_4998 Nielsen Burg	_
	PLZ und Ort:	Kimberlyhaven 98924	
	Geburtsdatum:	0956-12-31	
	KV-Nummer:	_5625727929	<u> </u>
	Verordnung vom:	19.11.2023	
	Die Abgabe von Ort	thopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrer	nzt.
	Ich erkläre hiermit,	<u>dass</u>	
\boxtimes	- ich noch keine orth	opädischen Schuhzurichtungen erhalten habe (ers	stmalige 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 orthopädis	che Schuhzurichtung
\boxtimes	- ich noch keine Einla	agen erhalten habe(erstmalige Versorgung)	
\boxtimes	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar Einlagen erhalten habe, welche ausreichend mit positivem Ergebnis erprobt wurden (Wechselpaar)		
	- ich innerhalb der let	tzten 12 Monate ⊠ - keine Einlagen oder	
		□ - erst ein Paar Einlagen erha	lten habe
	(Folgeversorgung)		
	- dass ich nicht mit orthopädischen Schuhen 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