Patientenerklärung

	Daten des / der Vers	Daten des / der Versicherten:				
	Name, Vorname:					
	Anschrift:					
	PLZ und Ort:	Reynoldstown 1	Reynoldstown 14806			
	Geburtsdatum:	1948-02-16			_	
	KV-Nummer:	4993042081			_	
	Verordnung vom:	19.11.2023				
	Die Abgabe von Ort	•	zurichtungen/l	Einlagen ist begrenzt		
\boxtimes	- ich noch keine orth	opädischen Sch u	ıhzurichtunge	n erhalten habe (erstm	nalige Versorgung)	
	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtunger erhalten habe					
	- 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 Einl	agen erhalten hal	pe(erstmalige \	/ersorgung)		
⊠	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar Einlagen erhalten habe, welche ausreichend mit positivem Ergebnis erprobt wurden (Wechselpaar)					
⊠	- ich innerhalb der le	tzten 12 Monate	□ - keine E	inlagen oder		
			□ - erst ein	Paar Einlagen erhaltei	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.					
	Datum / Unterschrift	Versicherter		Stempel/Unterschrift	Leistungserbringer	