## Patientenerklärung

	Daten des / der Versicherten:				
	Name, Vorname:	_Justin Suarez_		·	
	Anschrift:	_52455 Clark Estate Suite 507			
	PLZ und Ort: Chadtown (		6725		
	Geburtsdatum:	2008-12-07			-
	KV-Nummer:	_2621103536			-
	Verordnung vom:	19.11.2023			
	Die Abgabe von Orthopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrenzt.  Ich erkläre hiermit, dass				
$\boxtimes$	- ich noch keine orthopädischen <b>Schuhzurichtungen</b> erhalten habe (erstmalige Versorgung)				
$\boxtimes$	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe				
$\boxtimes$	- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 2 paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe				
	- ich in den vergan erhalten habe	genen 6 Monate	n noch keine	weitere orthopädisch	e Schuhzurichtung
$\boxtimes$	- ich noch keine <b>Einl</b>	<b>agen</b> erhalten hal	oe(erstmalige \	√ersorgung)	
$\boxtimes$	- 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 erhalter	n habe
	(Folgeversorgung)				
	- dass ich nicht mit <b>orthopädischen Schuhen</b> 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