

Patientenerklärung

Orthopädische Schuhzurichtungen

Einlagen

Anlage zur Verordnung vom: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Verordner: _____

Die Abgabe von Orthopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrenzt.

Orthopädische Schuhzurichtungen	Einlagen
bei erstmaliger Versorgung bis zu drei Paar	bei erstmaliger Versorgung bis zu zwei Paar ¹⁾
bei Folgeversorgungen (frühestens sechs Monate nach der erstmaligen Versorgung) ein Paar alle sechs Monate	bei weiteren Versorgung (frühestens 12 Monate nach der erstmaligen Versorgung) bis zu zwei Paar alle sechs Monate ²⁾

1) für das 2. Paar Einlagen ärztliche Begründung erforderlich.

2) Bei Kindern im Wachstum sind Ausnahmen von der Mengenbegrenzung möglich.

Ich erkläre hiermit, dass ich bisher:

- noch keine orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe (erstmalige Versorgung)
- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe
- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 2 Paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe
- nach der erstmaligen Versorgung in den vergangenen 6 Monaten noch keine weitere orthopädische Schuhzurichtung erhalten habe
- noch keine Einlagen erhalten habe (erstmalige Versorgung)
- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar Einlagen erhalten habe
- nach der erstmaligen Versorgung mit maximal 2 Paar Einlagen (Folgeversorgung) in den vergangenen 12 Monaten noch
- keine erhalten habe (Begründung für 2. Paar – siehe ärztliche Verordnung)
- erst 1 Paar Einlagen erhalten habe (Begründung für 2. Paar – siehe ärztliche Verordnung)

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