

Patientenerklärung

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenversicherungskarte	Datenfeld Leistungserbringer (Absender) Name – Adresse – IK
---	--

Die Abgabe von orthopädischen Maßschuhen und orthopädischen Schuhzurichtungen ist begrenzt. Bei orthopädischen Straßenschuhen nach Maß ist ein Wechselfaar vorgesehen. Bei allen anderen Maßschuhen, sofern medizinisch notwendig, ist grundsätzlich keine Wechselversorgung vorgesehen.

Orthopädischen Schuhzurichtungen: Bei der Erstversorgung auf bis zu drei Paar, und bei Folgeversorgungen auf zwei Paar pro Kalenderjahr.

Orthopädische Maßschuhe

Ich erkläre hiermit, dass ich folgende Anzahl von funktionsfähigen Maßschuhen besitze:

____ orthopädische _____; ____ orthopädische _____
Anzahl Art der Versorgung Anzahl Art der Versorgung

____ orthopädische _____; ____ orthopädische _____
Anzahl Art der Versorgung Anzahl Art der Versorgung

Orthopädische Schuhzurichtungen bei konfektionierten Schuhen

Ich erkläre hiermit, dass

____ ich im Rahmen der Erstversorgung noch keine drei Schuhzurichtungen erhalten habe.

____ ich bereits drei Schuhzurichtungen als Erstversorgung in diesem Jahr erhalten habe.

____ ich im Rahmen der Folgeversorgung in diesem Jahr noch keine zwei Schuhzurichtungen erhalten habe.

Sollte meine Angaben nicht richtig sein, verpflichte ich mich, die entstanden Kosten selbst zu tragen. Mit der Weitergabe der Mehrkostenerklärung an meine Krankenversicherung bin ich einverstanden.

Ich habe das o. g. Hilfsmittel am _____ erhalten und bestätige hiermit, dass es passgenau ist und ich mit der Ausführung des Hilfsmittels einverstanden bin.

Ich wurde vom Lieferanten darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich mich unverzüglich mit dem Hilfsmittellieferanten zwecks Nachbesserungen in Verbindung setzen muss, wenn das Hilfsmittel nicht passgenau ist.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Anlage 3 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven mit der Produktgruppe 31 (Schuhe) des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 127 Abs. 2 SGB V