

## Versorgungsdokumentation PG 23 (nach Maßanfertigungen)

Vor- und Nachname der/des Versicherten

\_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### 1.1. Diagnose

\_\_\_\_\_

### 1.2. Bezeichnung/Ausführung der Orthese

\_\_\_\_\_

### 1.3. Maßnahme

Gipsabdruck

Sonstige Maßnahme

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer

**Testorthese**

dynamisch

statisch

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten

### 2. Erste Anprobe

am: \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Leistungserbringer

### 3. Zweite Anprobe

am: \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Leistungserbringer

Die orthetische Versorgung ist abgeschlossen. Die Orthese(n) habe ich erhalten. Mit der Passform, Ausführung und Funktionalität der Orthese bin ich zufrieden. Innerhalb des Garantiezeitraumes von **sechs** Monaten ist der Leistungserbringer (Hilfsmittellieferant) verpflichtet, Änderungen kostenfrei durchzuführen. Ausgenommen hiervon sind wachstumsbedingte Nachkorrekturen, therapiefortschreitende Nachjustierungen, Korrekturen aufgrund von Volumenänderungen oder Änderungen der anatomischen Gegebenheiten (physiologische Veränderungen).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten