

Anlage 4 Versorgungsdokumentation PG 23 (nach Maßanfertigungen)

Vor- und Nachname des Anspruchsberechtigten _____

Krankenversicherungsnummer _____

1.1. Diagnose _____

1.2. Bezeichnung/Ausführung der Orthese _____

1.3. Maßnahme

Gipsabdruck

Sonstige Maßnahme

Unterschrift Anspruchsberechtigter

Unterschrift Leistungserbringer

Testorthese

dynamisch

statisch

Unterschrift Anspruchsberechtigter

2. Erste Anprobe	am: _____
Ergebnis: _____	
_____ Unterschrift Anspruchsberechtigter	_____ Leistungserbringer

3. Zweite Anprobe	am: _____
Ergebnis: _____	
_____ Unterschrift Anspruchsberechtigter	_____ 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) ver-
pflichtet, Änderungen kostenfrei durchzuführen.

Datum

Unterschrift Anspruchsberechtigter