|  |
| --- |
|  |

Auswahl […], geb. […], vom […]

Anrede,

wir prüfen, ob und ggf. welche orthopädische Schuhversorgung für Auswahl […], erforderlich ist und bitten um Ihre fachärztliche Auskunft.

Es handelt sich hierbei um folgende Versorgung:

**Orthopädische Schuhversorgung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Erstausstattung | [ ]  Wechselausstattung | [ ]  Ersatzausstattung | [ ]  Reparatur |
|  |  |  |  |
| **1** | **Zur Prüfung der orthopädischen Schuhversorgung** |
|  |  |
|  |[ ]  bestellen Sie bitte die versicherte Person zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein. |
|  |  |
|  |[ ]  stellt sich die versicherte Person am […] um […] bei Ihnen vor. |
|  |  |
| **2** | **Sofern Versorgungsbedarf festgestellt wird** |
|  |  |
|  |[ ]  dokumentieren Sie diesen bitte mit dem Vordruck „Verordnung/Bedarfserhebung für orthopädische Schuhe“ und beauftragen Sie direkt den Leistungserbringer/die Leistungserbringerin. |
|  |  |
|  |[ ]  informieren Sie uns bitte mit dem Vordruck „Verordnung/Bedarfserhebung für orthopädische Schuhe“. Der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin wird von uns beauftragt. |
|  |  |
| **3** | **Ein Eigenanteil der versicherten Person** |
|  |  |
|  |[ ]  ist in Höhe von […] EUR zu erheben. |
|  |  |
|  |[ ]  ist nicht zu erheben. |

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **4** | **Abnahme** |
|  |  |
|  |[ ]  Eine Abnahme ist nicht erforderlich. |
|  |  |
|  |[ ]  Bitte nehmen Sie die Abnahme selbst vor. |
|  |  |
|  |[ ]  Eine Abnahme wird von uns veranlasst. |
|  |  |  |
| **5** | **Vergütung** |
|  |  |
|  | Sie erhalten für die „Verordnung/Bedarfserhebung für orthopädische Schuhe“ eine Vergütung von 30 EUR. |

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

[ ]  Verordnung D-Arzt/D-Ärztin

[ ]  Auskunft zu Sicherheitsschuhen (U 9900)

[ ]  bereits vorhandene Berichte / Kostenvoranschläge