

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

- Erstausrüstung       Wechsellösungsversorgung       Ersatzversorgung       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