

Erkrankung/Unfall *drop-down: ~ Erkrankung / ~ Unfall* , geb. , vom

Sehr geehrte , *drop-down: ~ Sehr geehrte Frau / ~ Sehr geehrter Herr*

wir prüfen, ob und ggf. welche orthopädische Schuhversorgung für Frau , *drop-down: ~ Frau / ~ Herr* erforderlich ist und bitten um Ihre fachärztliche Auskunft.

Es handelt sich hierbei um folgende Versorgung:

Orthopädische Schuhversorgung

Erstausrüstung Wechselausrüstung 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
- Auskunft zu Sicherheitsschuhen (U 9900)
- bereits vorhandene Berichte / Kostenvoranschläge