

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 ☐ 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/D-Ärztin
- ☐ Auskunft zu Sicherheitsschuhen (U 9900)
- ☐ bereits vorhandene Berichte / Kostenvoranschläge