|  |
| --- |
|  |

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