

**AUFTRAGSBESTÄTIGUNG**

Ik-Nr.340 831 857

Ich \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum, Versichertenr.

Bestätige hiermit, die

- Orth. Maßschuhe     Einlagen                       Bandagen
- Orth. Hausschuhe     Kompressionsstrümpfe     \_\_\_\_\_

- Über eine Aufzahlungsfreie Einlage wurde ich informiert

Ich stimme der wirtschaftlichen Aufzahlung, zusätzlich zur gesetzlichen Zu- zahlung zu. Sollten die Kosten nicht, oder nur zum Teil übernommen werden, trägt der Empfänger die dadurch entstandenen Kosten gegen Privatrechnung. Von den vorhandenen Bedingungen habe ich Kenntnis genommen. Die Zustimmung gilt auch für spätere Versorgungen. Über Handhabung, Gebrauch und Risiken des Hilfsmittels werde ich bei der Abgabe informiert. Die Gebrauchsanweisung wurde/wird mir ausgehändigt. Die Einlagen sind für S3 Schuhen nicht geprüft.

Breisach, \_\_\_\_\_ Datum                                      \_\_\_\_\_ Unterschrift

**EMPFANGSBESTÄTIGUNG**

Ich \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum, Versichertenr.

Bestätige hiermit, die

- Orth.        schuhe     Einlagen                       Bandagen
- Orth. Zurichtung     Kompressionsstrümpfe     \_\_\_\_\_

erhalten zu haben.

**Mit Paßform und Ausführung des Hilfsmittels bin ich – soweit sich dies bis jetzt beurteilen läßt – zufrieden.**

Das gelieferte Hilfsmittel ist eine Sonderanfertigung im Sinne des Medizin- Produkte-Gesetzes (MPG) und entspricht den Anforderungen des Anhang I der EG-Richtlinie 93/42/EWG

Breisach, \_\_\_\_\_ Datum                                      \_\_\_\_\_ Unterschrift

für Krankenkasse