

## VERSORGUNGSDOKUMENTATION für orthopädische Einlagen

### Wahlrechtserklärung

Ich wurde darüber informiert, dass ich unter den Vertragspartnern meiner Krankenkasse grundsätzlich den Leistungserbringer meiner Wahl in Anspruch nehmen kann. Hiermit beauftrage ich die Firma **Wallenborn Sporthopädie GmbH** mit der Versorgung der ärztlich verordneten Hilfsmittel. Die Krankenkasse ist nicht berechtigt meine personenbezogenen Daten an andere Leistungserbringer weiterzugeben.

### Datenschutzerklärung

Ich erkläre in freier Entscheidung, dass meine personenbezogenen Daten sowie meine Gesundheitsdaten gemäß § 9 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) durch die Firma **Wallenborn Sporthopädie GmbH** gespeichert, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Der Übermittlung meiner Daten an die Beteiligten der Hilfsmittelversorgung (Krankenkasse, behandelnder Arzt, Pflegedienst, Therapeuten, Hersteller, Lieferanten etc.) stimme ich ausdrücklich zu, ebenso der Nutzung der Daten zur Nachsorge. Die Daten werden ausschließlich zur Hilfsmittelversorgung genutzt und nicht anderweitig verwendet.

### Gesetzliche Zuzahlung

Bei Hilfsmitteln fällt aufgrund gesetzlicher Bestimmungen (§ 33 Absatz 8 und § 61 des SGB V) eine gesetzliche Zuzahlung in Höhe von 10% der Kosten des Hilfsmittels, begrenzt auf mindestens 5 € und höchstens 10 € pro Versorgungsfall an. Ausgenommen davon sind Patienten, die einen auf das Kalenderjahr der Versorgung (Tag der Abgabe) gültigen Befreiungsausweis von der gesetzlichen Zuzahlung, ausgestellt von ihrer Krankenkasse, vorlegen.

### Beratungsdokumentation

Nach § 127 Abs. 4a SGB V sind die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung durch den Leistungserbringer zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Die Leistungserbringer haben diese Beratung schriftlich zu dokumentieren und sich durch die Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen.

### Mehrkostenbestätigung des Versicherten

Nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V haben Versicherte die Mehrkosten für Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, selbst zu tragen. Die Versicherten sind nach § 127 Abs. 4a Satz 4 SGB V vor der Wahl des Hilfsmittels oder zusätzlicher Leistungen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Die Leistungserbringer haben diese Information schriftlich zu dokumentieren und sich durch die Unterschrift des Versicherten bestätigen zu lassen (§ 127 Abs. 4a Satz 5 i.V.m. Satz 2 SGB V).

### Aufbewahrung der Versorgungsdokumentation

Ich wurde darüber informiert, dass mir eine Ausfertigung der Versorgungsdokumentation zur Verfügung gestellt werden soll. Ich bestätige, dass ich die Versorgungsdokumentation zur Kenntnis genommen habe und bitte die **Wallenborn Sporthopädie GmbH** diese Verordnungsdokumentation für mich digital abzuspeichern und mir diese auf Wunsch jederzeit kostenfrei zur Verfügung zu stellen.









## Orthopädische Einlagen

Hiermit erkläre ich, dass ich in den letzten 12 Monaten \_\_\_\_\_ Paar Einlagen erhalten habe. Sollte eine Begleichung durch die Krankenkasse, gleich aus welchem Grund, nicht erfolgen, verpflichte ich mich zur privaten Zahlung der Rechnung.

Die von der **Wallenborn Sporthopädie GmbH** hergestellten Einlagen sind Sonderanfertigungen im Sinne des Medizinproduktegesetzes (MPG) und entsprechen grundsätzlich den Anforderungen des Anhang 1 der Richtlinie 93/42 EWG. Diese wird voraussichtlich am 26.05.2021 durch die EU-Verordnung 2017/745 ersetzt.

Die Beträge beziehen sich auf korrekt ausgefüllte Verordnungen. Nicht verordnete Zusätze können separat berechnet werden. Mit meiner Unterschrift erkenne ich den Zuzahlungsbetrag an und erkläre mich bereit, diesen gegen Quittung auszugleichen.

Die Premiumversorgung beinhaltet grundsätzlich eine elektronische Fußdruckmessung (statisch), einen Formabdruck (falls nicht vom Arzt geliefert) und die Herstellung der Einlagen mit höherwertigen Materialien.

(X)	Typ	Verordnungsvorschlag	Einlage Basis	BASIS	Einlage Premium	PREMIUM
	E03	1 Paar Weichpolsterbettungseinlagen nach Formabdruck + Diagnose		7 €		45 €
	E04	1 Paar Bettungseinlagen mit langsoliger Weichbettung nach Formabdruck + Diagnose		10 €		45 €
	E05	1 Paar stützende Einlagen mit langsoliger Weichbettung nach Formabdruck + Diagnose		9 €		45 €
	E06	1 Paar Bettungseinlagen mit langsoliger Weichbettung nach Formabdruck + Diagnose		10 €		45 €
Mehrkosten für <b>nicht</b> verordnete Zusätze				€		€
<b>Gesamtkosten für den Patienten</b>						<b>€</b>

## Auftragsbestätigung

Ich wurde von der Firma **Wallenborn Sporthopädie GmbH** aufgeklärt, dass die Kosten für das/die benannte/n Hilfsmittel grundsätzlich (mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung und einem Gebrauchsgegenstandsanteil bei orthopädischen Schuhen) aufzahlungsfrei übernommen werden. Mir wurde eine ausreichende Auswahl aufzahlungsfreier Produkte angeboten. Soweit es um individuell hergestellte Produkte geht, gilt dies für die aufzahlungsfreien Ausstattungskomponenten.

- Ich wünsche die Versorgung mit einem aufzahlungsfreien Produkt (BASIS).
- Ich wünsche die Versorgung mit einem aufzahlungspflichtigen Produkt (PREMIUM)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Kürzel beratende/r Mitarbeiter/in

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r (Bevollmächtigte/r)

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich das von meinem Arzt verordnete und vom Leistungserbringer gelieferte Hilfsmittel fehlerfrei erhalten habe und in den Gebrauch eingewiesen wurde. Über die Funktion, Handhabung und die bestimmungsgemäße Anwendung des Hilfsmittels wurde ich ausführlich beraten. Ferner wurde ich über den Umgang und die Pflege informiert, sowie auf Gefahren hingewiesen, die bei einer nicht sachgerechten Anwendung des Hilfsmittels eintreten können. Die Beratung war ausreichend und allgemein verständlich. Schriftliche Pflege- und Gebrauchshinweise habe ich erhalten. Ich verpflichte mich, das Hilfsmittel schonend zu behandeln, zu pflegen und es keinem Dritten zur Nutzung zu überlassen oder zu veräußern.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Kürzel beratende/r Mitarbeiter/in

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r (Bevollmächtigte/r)