








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 Medizinprodukte-Durchführungsgesetzes (MPDG) und entsprechen grundsätzlich den Anforderungen der EU-Verordnung 2017/745 (MDR).

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 €		60 €
	E04	1 Paar Bettungseinlagen mit langsoliger Weichbettung nach Formabdruck + Diagnose		10 €		60 €
	E05	1 Paar stützende Einlagen mit langsoliger Weichbettung nach Formabdruck + Diagnose		9 €		60 €
	E06	1 Paar Bettungseinlagen mit langsoliger Weichbettung nach Formabdruck + Diagnose		10 €		60 €
Mehrkosten für nicht verordnete Zusätze				€		€
Gesamtkosten für den Patienten						€

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)