

**Anlage 4            Dokumentation gemäß §127 Abs. 5 Satz 5 SGB V**  
**Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit**  
**Hilfsmitteln**

Versorgender Leistungserbringer: \_\_\_\_\_  
Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

Versicherte/r: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer oder Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/gesetzlicher Vertreter

Der o. g. Leistungserbringer hat

mich persönlich und/oder

meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

Obwohl ich eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier individueller Versorgungsangebote erhalten habe, entscheide ich mich für folgendes Produkt und übernehme die Mehrkosten:

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Die Mehrkosten betragen: \_\_\_\_\_ EUR

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. bei Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten.    Ja     Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r\*

\_\_\_\_\_  
Beratende/r Mitarbeiter/in

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben