

**Anlage 10 Erklärung des Versicherten zur Versorgung mit Verbrauchsmaterial und  
Zubehör zur Insulinpumpentherapie\***

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

erhält von der AOK Sachsen-Anhalt Verbrauchsmaterial und Zubehör zur Insulinpumpenver-  
sorgung.

Die Versorgung erfolgt durch \_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Vertragspartners

1. Der oben genannte Vertragspartner der AOK Sachsen-Anhalt hat mich heute über meine Versorgung mit Verbrauchsmaterial und Zubehör zur Insulinpumpentherapie beraten, mich in den Gebrauch der Hilfsmittel eingewiesen und die Liefertermine mit mir abge-  
sprochen.
2. Ich beauftrage ausschließlich den oben genannten Vertragspartner, mich mit diesen Hilfsmitteln zu versorgen.
3. Ich erkläre, keinen anderen Leistungserbringer mit der Versorgung von Verbrauchsmate-  
rial und Zubehör zur Insulinpumpentherapie beauftragt zu haben und ich verpflichte mich,  
während der Laufzeit der Therapie keinen solchen Auftrag an ein anderweitiges Unter-  
nehmen zu erteilen.
4. Ich verpflichte mich, meinen beauftragten Vertragspartner über versorgungsrelevante  
Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen unverzüglich zu informieren:
  - Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung,
  - Kassenwechsel,
  - Wohnungswechsel,
  - die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung,
  - stationäre Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung über einen Kalendermonat  
und länger.
5. Ich verpflichte mich, meinen beauftragten Vertragspartner unverzüglich über einen  
Wechsel zu einem künftigen Vertragspartner zu informieren.
6. Ich bin informiert, dass ich die Kosten einer zusätzlichen Versorgung selbst zu tragen  
habe.

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

Eine **Durchschrift** der Erklärung habe ich erhalten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Anspruchsberechtigten,  
Betreuer oder Bevollmächtigten

\*Die Nutzung dieser Anlage ist fakultativ.