

Anlage 5 Bindungserklärung des Versicherten für die Insulinpumpen

Name, Vorname des Versicherten _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

erhält von der AOK Sachsen-Anhalt Insulinpumpe zur Insulinpumpentherapie.

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 Insulinpumpen beraten, mich in den Gebrauch der Hilfsmittel eingewiesen und die Liefertermine mit mir abgesprochen.
2. Ich beauftrage den oben genannten Vertragspartner, mich über einen Zeitraum von einem Jahr mit diesen Hilfsmitteln zu versorgen.
3. Ich erkläre, keinen anderen Leistungserbringer mit der Versorgung beauftragt zu haben und ich verpflichte mich, für die Dauer von einem Jahr keinen solchen Auftrag an ein anderweitiges Unternehmen 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,
 - stationäre Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung.
5. 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