

## Mehrkostenerklärung des Versicherten

Informationen zum Versicherten Name – Adresse – Versichertennummer Angaben Krankenversicherungskarte	Hilfsmittelanbieter (Absender) Name – Adresse – IK
--	---

Form des Beratungsgesprächs:

- persönliche Beratung in den Geschäftsräumen
- telefonische Beratung
- vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Ich wurde über das mehrkostenfreie Angebot einer Hilfsmittelversorgung informiert. Die gesetzliche Zuzahlung ist hiervon unabhängig von mir zu leisten. Mir wurde eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien und für mich individuell geeigneten Produkten angeboten.

### **Folgende mehrkostenfreie Produkte wurden mir angeboten:**

*Produkt inkl. 10-stelliger Hilfsmittelpositionsnummer*

---

---

---

Obwohl ich über diese mehrkostenfreie Versorgungsmöglichkeit aufgeklärt worden bin, wünsche ich ausdrücklich eine abweichende Versorgung bzw. eine Versorgung, die über das Maß des medizinisch Notwendigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht. Es wurde die Lieferung von folgendem mehrkostenpflichtigen Produkt vereinbart:

*Produkt inkl. 10-stelliger Hilfsmittelpositionsnummer*

---

---

Die von mir persönlich zu tragenden Mehrkosten sind begründet durch:

- Mehrnutzen, der über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht, bspw.
  - Komfort/Ästhetik
  - Sonstiges (bitte angeben): \_\_\_\_\_

oder

- meinen Wunsch, mit einem Produkt abseits der o. g. mehrkostenfrei angebotenen Auswahl versorgt zu werden.

Die daraus entstehenden privaten Mehrkosten in Höhe von \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **Euro** trage ich selbst.

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann,
- die Mehrkosten nicht im Rahmen der Prüfung einer Zuzahlungsbefreiung angerechnet werden können und
- ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

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

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Versicherten bzw.  
des/der Bevollmächtigten**

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