

Erklärung der/des Versicherten zu Mehrkosten

Daten der/des Versicherten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

KV-Nummer: _____

1. Vom Leistungserbringer wurde mir eine bedarfsgerechte Versorgung ohne Mehrkosten angeboten, welche dem medizinisch Notwendigem entspricht.
2. Ich habe mich nach umfassender und unabhängiger Beratung aus freien Stücken für eine Versorgung entschieden, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht.

Ich habe mich für folgende Versorgung entschieden:

(Bezeichnung, Modell, Hersteller)

3. Die Mehrkosten hierfür in Höhe von _____, ___ EUR trage ausschließlich ich. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten, die in der Folge anfallen können (z.B. Reparatur, Wartung, Ersatzbeschaffung).
4. Die Eigentumsverhältnisse am Hilfsmittel ergeben sich aus dem zwischen mir und dem Leistungserbringer abgeschlossenen Vertrag.

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten