

## Anlage 7 zum Dienstleistungsvertrag Versorgungspauschalen – Anerkenniserklärung

### Eigenerklärung des Anspruchsberechtigten zu Mehrkosten

Name, Vorname: .....

Krankenversicherungsnummer:.....

Ärztliche Verordnungs-/Antragsdatum: .....

Bezeichnung des Hilfsmittels: .....

1. Ich habe mich nach umfassender und unabhängiger Beratung aus freien Stücken für eine Versorgung entschieden, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht.
2. Daher trage ich auch die entsprechenden Mehrkosten in Höhe von \_\_\_\_\_, \_\_\_EUR für das von mir gewählte Hilfsmittel. Dies schließt auch mögliche Mehrkosten für Folgeleistungen (z. B. für Reparaturen) mit ein.
3. Der Leistungserbringer ist berechtigt, ausschließlich den durch den Vertrag vereinbarten Preis mit der AOK abzurechnen.
4. Sofern die Mehrleistung nicht vom Grundhilfsmittel zu trennen ist, ist eine Erstattung bei Rückgabe nicht möglich.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Anspruchsberechtigten