

Anlage 5 Eigenerklärung des Anspruchsberechtigten zu Mehrkosten

Eigenerklärung zu den Mehrkosten

Name, Vorname: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Verordnungsdatum: _____

Genauere Bezeichnung des Pflege-/Hilfsmittels: _____

10-Steller laut HMV*: _____

Produktmerkmale, die die Mehrkosten begründen: _____

1. Ich habe mich nach umfassender und unabhängiger Beratung aus freien Stücken für eine Versorgung entschieden, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht. Dabei bin ich auch darüber informiert worden, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind.
2. Daher trage ich die entsprechenden Mehrkosten von _____, _____ EUR für das von mir gewählte Hilfsmittel. Dies schließt ebenfalls mögliche Mehrkosten für Folgeleistungen (z. B. bei Reparaturen) mit ein.
3. Das Hilfsmittel ist Eigentum der AOK Sachsen-Anhalt/Pflegekasse.
Dies betrifft auch den Teil, für den die Mehrkosten angefallen sind, sofern dieser nicht vom Grundhilfsmittel zu trennen ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Anspruchsberechtigten/
Gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten

**HMV : Hilfsmittelverzeichnis*