

**Anlage 7      Mehrkostenerklärung des Anspruchsberechtigten**

**Erklärung des Anspruchsberechtigten zu Mehrkosten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

KV-Nummer: \_\_\_\_\_

Verordnungsdatum: \_\_\_\_\_

Hilfsmittelbezeichnung: \_\_\_\_\_

1. Ich habe mich nach umfassender und unabhängiger Beratung durch meinen Leistungserbringer 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 mit ein.
3. Ich bin in den ordnungsgemäßen Gebrauch und die Pflege des Hilfsmittels eingewiesen worden.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungserbringers

\_\_\_\_\_  
Stempel des Leistungserbringers