Anlage 4 Eigenerklärungen des Anspruchsberechtigten (Mindestinhalte)

4.1 Mehrkostenerklärung (Muster)

Sie erhalten heute ein qualitativ hochwertiges Hilfsmittel. Das gelieferte Hilfsmittel ist bis auf die gesetzliche Zuzahlung für Sie in der Nutzung kostenfrei. Es ist für Sie entsprechend der ärztlichen Verordnung/Ihres Antrages geeignet und wurde aus mehreren aufzahlungsfreien Hilfsmitteln für Sie ausgewählt.

Haben Sie sich für ein Hilfsmittel mit Aufzahlung entschieden, lesen Sie bitte die beigefügte Mehrkostenerklärung. Das Hilfsmittel wird Ihnen überlassen, solange Sie es brauchen. Bitte behandeln Sie es pfleglich und schützen Sie es vor Beschädigungen und Verlust. Sofern Sie es nicht mehr benötigen, wenden Sie sich bitte an den Vertragspartner. Sollten Sie Fragen haben, stehen Ihnen dort die geschulten Mitarbeiter gerne unter der Servicetelefonnummer …….. zur Verfügung.

Der Vertragspartner ist gesetzlich verpflichtet, diese Beratung zu dokumentieren und durch Sie bestätigen zu lassen. Bitte unterschreiben Sie die beiliegende Dokumentation zur Versichertenberatung und geben Sie diese mit der unterzeichneten Mehrkostenerklärung an den Vertragspartner zurück.

Eigenerklärung des Anspruchsberechtigten zu den Mehrkosten

Name, Vorname: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Ärztliches 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.

   Mehrkostenbegründende Produktmerkmale: _____

   _____

3. Der Vertragspartner ist berechtigt, ausschließlich den durch den Vertrag vereinbarten Preis mit der AOK Sachsen-Anhalt abzurechnen.

4. Sofern die Mehrleistung nicht vom Grundhilfsmittel zu trennen ist, ist eine Erstattung bei Rückgabe nicht möglich.

_____	_____
Datum	Unterschrift des Anspruchsberechtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten