

Anlage 4 Eigenerklärungen des Anspruchsberechtigten (Mindestinhalte)

4.2 Beratungsdokumentation (Muster)

Beratungsdokumentation

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Funktionalität des Hilfsmittels, den Gebrauch und die Pflege des Hilfsmittels ausreichend informiert und beraten wurde.

Die Beratung umfasste insbesondere

- meinen Anspruch auf eine aufzahlungsfreie Versorgung mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung,
- die Auswahl zwischen mehreren, mindestens zwei aufzahlungsfreien Hilfsmitteln
- die von mir zu tragenden Mehrkosten bei der Wahl eines Hilfsmittels, das über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung/Pflegeversicherung hinausgeht,
- die Möglichkeit weiterer Beratungs- und Unterstützungsleistungen durch den Vertragspartner und die AOK Sachsen-Anhalt,
- die Nutzung der Servicetelefonnummern des Vertragspartners und der AOK Sachsen-Anhalt,
- Informationen zum gelieferten Hilfsmittel und damit in Verbindung stehenden zusätzlichen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 und 5 SGB V die für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind.

Bitte geben Sie auch hier folgende Daten an:

Name, Vorname: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Ärztliches Verordnungs-/Antragsdatum: _____

Bezeichnung des Hilfsmittels: _____

Datum

Unterschrift des Anspruchsberechtigten bzw.
des gesetzlichen Vertreters

Bitte übergeben Sie beide unterzeichneten Erklärungen dem Vertragspartner bei der Auslieferung oder nutzen Sie einen von ihm zur Verfügung gestellten Freiumschatz. Wir weisen darauf hin, dass wir die Kosten für das Hilfsmittel in Rechnung stellen müssen, sollte die Beratungsdokumentation nicht zurückgegeben werden.

Für Fragen steht Ihnen auch Ihre AOK Sachsen-Anhalt – Ihre Gesundheitskasse unter der kostenfreien Service-Hotline 0800 226 5726 zur Verfügung.