

Erklärung des Versicherten zu Beratung, höherwertigen Versorgung und Mehrkosten

Name, Vorname:	Versichertennummer oder Geburtsdatum:
Straße, Hausnr.:	PLZ und Ort:
Hilfsmittel:	
Leistungserbringer: rahm Zentrum für Gesundheit GmbH	

Beratung

Hiermit bestätige ich, dass ich zum u.g. Datum gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 127 Abs. 5 SGB V) entsprechend beraten worden bin, welche/welches Hilfsmittel und zusätzliche/n Leistung/en nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist/sind.

Datum, Ort Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Mehrkostenerklärung

Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und deren Maßgabe voll erfüllt, informiert worden. Ich habe ausdrücklich eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht. Mit der Zahlung der Mehrkosten in Höhe von _____ EUR für das von mir ausgewählte Hilfsmittel bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass eine nachträgliche Erstattung der Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann.

Datum, Ort Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Die gesetzliche Zuzahlung beträgt _____ EUR.

Datum, Ort Unterschrift des beratenden Mitarbeiters