

Anlage B zum GWQ-Rahmenvertrag Hilfsmittel - Mehrkostenerklärung

Name, Anschrift und Kontaktdaten des Leistungserbringers:

IK: \_\_\_\_\_

**Versicherter:**

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

Anschrift: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ KV-Nr. \_\_\_\_\_

**1. Datum der Verordnung:** \_\_\_\_\_

**2. Erklärung des Versicherten:**

Ich bin ausführlich und im Rahmen einer Produktvorstellung und -beratung von dem o. g. Leistungserbringer informiert worden, dass eine aufzahlungsfreie, auskömmliche und qualitative Versorgung möglich ist.

Ich wünsche davon abweichend und über meinen Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse hinausgehend ausdrücklich eine Versorgung mit folgenden aufzahlungspflichtigen Produkten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mir wird eine Aufzahlung in Höhe von \_\_\_\_\_ in Rechnung gestellt.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Kosten für diese alternativ ausgewählten Hilfsmittel über dem Vertragspreis der Krankenkasse liegen.

Die Differenz zwischen dem Vertragspreis und dem Preis für das von mir ausgewählte Produkt gehen zu meinen Lasten und werden von der Krankenkasse nicht erstattet.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters

### **3. Erklärung des Leistungserbringers:**

Die vom Versicherten ausgewählten Produkte sind im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet und entsprechen der ärztlichen Verordnung.

Mit dem Einsatz dieser Produkte wird das mit der Hilfsmittelverordnung vorgesehene therapeutische Ziel nicht eingeschränkt.

Der Versicherte wurde im Rahmen einer Produktvorstellung und -beratung von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ (Name des Mitarbeiters) darüber informiert, dass eine aufzahlungsfreie, auskömmliche und qualitative Versorgung möglich ist.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Leistungserbringers