

**Formular 2 zum Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Groß- und Kleinorthopädie
Mehrkostenerklärung**

(Inhaltsgleiche Formulare der Leistungserbringer können alternativ verwendet werden.)

Daten des Leistungserbringers:

IK _____
Name _____
Anschrift _____

Tel./Fax _____

Daten des Versicherten:

KV-Nummer _____
Name, Vorname _____
Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Erklärung des Versicherten:

Ich wurde von der Firma _____ über die Möglichkeit der
aufzahlungsfreien Versorgung mit _____ informiert.

Folgende aufzahlungsfreie Hilfsmittel wurden mir vorgestellt:

Ich wünsche eine Versorgung mit einem Hilfsmittel, für das ich die Mehrkosten selbst tragen werde. Ich übernehme die Mehrkosten für das ausgesuchte Hilfsmittel sowie für eventuell anfallende Reparaturen.

Ein Erstattungsanspruch gegenüber der Betriebskrankenkasse Mobil Oil besteht nicht. Die Mehrkosten zahle ich direkt an die Firma _____.

Datum, Unterschrift des Versicherten