

**Anhang 3 – Bestätigung über die Durchführung der Beratung
gemäß § 127 Absatz 5 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)**

Name, Vorname Versicherter:

Krankenversichertennummer:

Beratene Person (Versicherte/r, Betreuung):

Hilfsmittel:

Verordnungsdatum:

Leistungserbringer (Firmenstempel und/oder Institutionskennzeichen):

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Datum der Beratung:

Hiermit bestätige ich, dass ich zum oben genannten Datum gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (vergleiche § 127 Absatz 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.

Ort, Datum

Unterschrift*
Versicherte/r

Unterschrift Beratende/r
Mitarbeiter/in

Unterschrift* Betreuungsperson

Betreuungsperson (Name in Druckbuchstaben)

*Auf die Unterschrift des Versicherten oder der Betreuungsperson wird bei telefonischer Beratung verzichtet.