

**Anhang 4 – Erklärung des/der Versicherten und/oder der
Betreuungsperson über das Angebot einer mehrkostenfreien Versorgung
(Mehrkostenerklärung)**

Name, Vorname Versicherte/r:
Krankenversichertennummer:

Verordnungsdatum:

Leistungserbringer (Firmenstempel und/oder Institutionskennzeichen):

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Höhe der Mehrkosten:

Ich bin über die Möglichkeit einer mehrkostenfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und deren Maßgabe voll erfüllt, durch meinen Leistungserbringer informiert worden. Ich habe ausdrücklich eine Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht, welche abweichend von dem mehrkostenfreien Versorgungsangebot mit von mir privat zu tragenden Mehrkosten verbunden ist.

Mit der Zahlung der oben benannten Mehrkosten für das von mir ausgewählte Hilfsmittel bin ich einverstanden. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten (zum Beispiel anteilig anfallende Reparaturkosten), die in der Folge hierfür anfallen können.

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

Ort, Datum

Unterschrift
Versicherte/r

Unterschrift Beratende/r
Mitarbeiter/in

Unterschrift Betreuungsperson

Betreuungsperson (Name in Druckbuchstaben)