**Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V**

**Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln**

|  |  |
| --- | --- |
| Versorgender Leistungserbringer: | Firmenstempel und IK |
| Beratende/r Mitarbeiter/in: |  |
| Versicherte/r: | Name, Vorname  Versichertennummer oder Geburtsdatum |

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Der o. g. Leistungserbringer hat 🞏 mich persönlich und/oder

🞏 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

Obwohl ich eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier individueller Versorgungsangebote erhalten habe, entscheide ich mich für folgendes Produkt und übernehme die Mehrkosten:

Bezeichnung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Mehrkosten betragen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EUR

Mir ist bekannt, dass

* eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
* ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. bei Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten. Ja □ Nein □

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Versicherte/r\* |  | Beratende/r Mitarbeiter/in |

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben