

Mehrkostenerklärung

Kundendaten	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	PLZ/Ort
Geb.-Datum	Telefon
Krankenkasse	Versicherten-Nr.
Vertreter(in)/Betreuer(in)	

Pflegedienst/Einrichtung	
Name	
Straße, Hausnummer	PLZ/Ort

Hausarzt	
Name	
Straße, Hausnummer	PLZ/Ort

Mitarbeiter(in)	
Name	

Im Rahmen der ärztlichen Verordnung wurde ich von dem Leistungserbringer über meinen Anspruch des Sachleistungsprinzips umfassend informiert und über aufzahlungsfreie Versorgungsleistungen (inkl. Bemusterung) beraten.

Ich wünsche ausdrücklich eine Versorgung, die über das Maß des medizinisch Notwendigen und damit über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinausgeht.

Ich wurde über die Mehrkosten je Versorgungsintervall in Höhe von _____ Euro informiert, und werde diese selbst tragen. Eine Erhöhung aufgrund steigender Einkaufs- oder Logistikkosten von 10 Prozent akzeptiere ich bis auf Widerruf.

Ich wurde weiterhin darüber informiert, dass die oben genannten Mehrkosten weder von der Krankenkasse erstattet, noch im Rahmen der Prüfung einer Zuzahlungsbefreiung angerechnet werden können.

Ort, Datum	Unterschrift des Anspruchsberechtigten bzw. Vertreter(in)/Betreuer(in)
------------	---