

# Mehrkostenerklärung

Erklärung des/der Versicherten und der Betreuungsperson über das Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (Mehrkostenerklärung). Diese Erklärung ist im Einzelfall auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Versichertenr.:** \_\_\_\_\_

**Datum der Beratung:** \_\_\_\_\_

**Leistungserbringer (Firmenstempel oder IK-Nummer):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beratende/r Mitarbeiter/in:** \_\_\_\_\_

**aufzahlungsfreie Versorgung HMV Nummer/n:**

\_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass die medizinisch erforderliche Versorgung auch ohne Mehrkosten/Aufzahlung möglich ist. Ich habe mich nach eingehender Beratung und Auswahl verschiedener Produkte, auf eigenen Wunsch, für eine abweichende Versorgungsalternative mit Aufzahlung entschieden.

Mit der Zahlung der Mehrkosten, in Höhe von \_\_\_\_\_ €, für das von mir ausgewählte Hilfsmittel bin ich einverstanden. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten, 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**

\_\_\_\_\_  
**Beratende/r Mitarbeiter/in**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Betreuungsperson**

\_\_\_\_\_  
**Betreuungsperson**  
(Name in Druckbuchstaben)