

Anlage 7: Mehrkostenerklärung des Versicherten

«NAME1» «NAME2»

«STRASSE»
«PLZ»«ORT»

GMV mbH
Nassaustraße 10
65719 Hofheim
IK Nr. 590640629

Ich wurde über das qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot einer Versorgung mit einem Therapiesystem inkl. dem medizinisch notwendigen Zubehör/Verbrauchsmaterial zur Behandlung meiner schlafbezogenen Atmungsstörung informiert.

Obwohl ich über die Möglichkeit der aufzahlungsfreien Versorgung aufgeklärt worden bin, wünsche ich ausdrücklich eine Versorgung, die über das Maß des medizinisch Notwendigen und damit über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht.

Die von mir persönlich zu tragende Mehrkosten sind insbesondere begründet durch:

höhere Mengen als medizinisch notwendig: _____

Merkmale des Komforts/Ästhetik:

Sonstiges: _____

Ich wurde darüber informiert, dass anfallende Mehrkosten mir weder von der Krankenkasse erstattet noch mir im Rahmen der Prüfung einer Zuzahlungsbefreiung angerechnet werden können.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Name in Druckschrift

Datum

Unterschrift/Stempel Hilfsmittelanbieter