

## Mehrkostenerklärung des Versicherten

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenversicherungskarte	Datenfeld Leistungserbringer (Absender) Name – Adresse - IK
<p><b>Ich wurde über das qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot eines Hörsystems zum Ausgleich meiner individuellen Hörminderung in allen alltagsrelevanten Hörsituationen informiert.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung aufgeklärt worden bin, <b>wünsche ich ausdrücklich keine Anpassung von aufzahlungsfreien Hörsystemen.</b> Die daraus entstehenden Mehrkosten, ggf. auch für Reparaturen, trage ich.</p> <p><input type="checkbox"/> Obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung aufgeklärt worden bin, <b>wünsche ich ausdrücklich die Versorgung mit einem die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung übersteigenden Hörsystem.</b> Die von mir persönlich zu tragende Aufzahlung ist insbesondere durch</p> <p><input type="checkbox"/> Merkmale des Bedienungskomforts: _____ und/oder,</p> <p><input type="checkbox"/> Merkmale der Ästhetik: _____ und/oder,</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges: _____ bedingt.</p> <p>Die daraus entstehenden Mehrkosten, ggf. auch für Reparaturen, trage ich.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ich habe mich beruflich bedingt für ein die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung übersteigendes Hörsystem entschieden, das folgende besondere Eigenschaften aufweist:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Angabe der ausgeübten Tätigkeit: _____</p> <p>Beschreibung der Arbeitssituation, in der Hörprobleme auftreten:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
Datum	Unterschrift des Versicherten