

## Anlage 5 zur Vereinbarung über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Dekubitustherapie und Statischen Positionierungshilfen vom 01.04.2016

### Mehrkostenerklärung des Versicherten

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenkarte	Datenfeld Leistungserbringer (Absender) Name – Adresse - IK
--	--

Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung, welche der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und die medizinische Notwendigkeit voll erfüllt, informiert worden.

Ich habe eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht.

Mit dem/den von mir ausgewählte(n) Hilfsmittel(n) und den/die dadurch eventuell entstehenden Mehrkosten, auch für Reparaturen, bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich für meine freiwillige Aufzahlung keinen Erstattungsanspruch gegenüber der AOK Hessen habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

#### Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 8 und 9 SGB V zum Zwecke der Versorgung mit einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter:  
[www.aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hessen/datenschutzrechte)