

**Anlage 4 Dokumentation Mehrkosten**

Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V  
 Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer: \_\_\_\_\_  
 Firmenstempel und IK-Nr.

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

Versicherte/r: \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
 Versichertennummer oder Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson / ges. Vertreter

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

Der o. g. Leistungserbringer hat  mich persönlich und / oder  
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter / Bevollmächtigten etc.)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

Obwohl ich eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier individueller Versorgungsangebote erhalten habe, entscheide ich mich für folgendes Produkt und übernehme die Mehrkosten:

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Die Mehrkosten betragen: \_\_\_\_\_ EUR

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. bei Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten: Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Versicherte/r\*

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

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Versorgung mit Orthopädischen Schuhen und/oder Einlagen nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte).