

Erklärung aufzahlungspflichtige Versorgung

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

KV-Nummer: _____

Bezeichnung
des Hilfsmittels: _____

Aufzahlungspflichtige Versorgung

„Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung aus dem Exklusiv-Pool der BAHN-BKK, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und ihren Zweck voll erfüllt, informiert worden.

Ich habe eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht (Neuversorgung oder eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht).

Mit dem/den von mir ausgewählten Hilfsmittel(n) und den dadurch eventuell entstehenden Mehrkosten in Höhe von _____ €, bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich für meine freiwillige Aufzahlung keinen Erstattungsanspruch gegen die BAHN-BKK habe.

Notwendige Leistungen wie die Instandsetzung des Hilfsmittels, die Ausbildung in ihrem Gebrauch, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen sowie Reparaturen und Zurüstungen übernimmt die BAHN-BKK, soweit damit nicht höhere Folgekosten einhergehen, die ausschließlich auf der Wahl der aufzahlungspflichtigen Versorgung beruhen.“

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r bzw. Vertretungsberechtigte/r