

Anhang 1

Versichertenerklärung (Muster)

Die/der unten genannte Versicherte, Angehörige und Pflegepersonen wurden vom unten benannten Leistungserbringer heute persönlich über folgende Punkte aufgeklärt:

Alle Hilfsmittel, die der Versicherte im Zusammenhang mit seinem Hilfsmittel gegen Dekubitus benötigt, dürfen nur von dem unten benannten Hilfsmittellieferanten bezogen werden. Dies schließt auch alle damit im Zusammenhang stehenden Servicedienste ein.

- Der Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer ist grundsätzlich erst nach Beendigung des Versorgungszeitraums durch den Versicherten möglich und mit dem Hilfsmittellieferanten abzustimmen. Der Versorgungszeitraum der Hilfsmittel gegen Dekubitus beginnt am __.__.____ und endet am __.__.____. Bitte beachten Sie, dass andernfalls Mehrkosten für Sie entstehen können.
- Ja, der Versicherte wurde bereits von einem anderen Leistungserbringer versorgt. Die Versorgung erfolgt bis einschl. Monat: _____
- Nein, der Versicherte wurde noch nicht von einem anderen Leistungserbringer versorgt.
- Der Versicherte verpflichtet sich zum sorgfältigen Umgang mit dem Hilfsmittel.

Die Inhalte dieser Erklärung gelten unabhängig von der Laufzeit der einzelnen Pauschale für den gesamten Versorgungszeitraum mit einem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel.

Hilfsmittellieferant: _____

Datum: _____ Unterschrift Versicherter: _____

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben zur Prüfung unserer Leistungspflicht zur Übernahme der Hilfsmittelversorgung nach § 281 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V in Verb. mit §§ 33, 135a und 139 SGB V und dem Rahmenvertrag nach § 127 Abs. 1 und 2 SGB V erhoben und verarbeitet. Sie sind aufgrund des Rahmenvertrages in Verb. mit § 294 SGB V zur Auskunft verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zu machen.