

## Anhang 2

### Versichertenerklärung (Muster)

**Die/der unten genannte Versicherte, Angehörige und/oder Pflegeperson wurde(n) vom unten benannten Leistungserbringer heute persönlich über folgende Punkte aufgeklärt und werden umfassend bestätigt:**

- Alle Hilfsmittel, die der Versicherte im Zusammenhang mit der Sauerstofftherapie 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 mit dem Hilfsmittel zur Sauerstofftherapie beginnt 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.
- Der Versicherte benötigt das Hilfsmittel weiterhin.

Hilfsmittellieferant: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherter: \_\_\_\_\_