

## Anhang 5 – Patientenerklärung

Name, Vorname Versicherter:

Krankenversichertennummer:

Beratene Person (Versicherte/r, Betreuung):

Hilfsmittel / Hilfsmittelpositionsnummer:

Verordnungsdatum:

Leistungserbringer (Firmenstempel und/oder Institutionskennzeichen):

Beratende/r Mitarbeiter/in:

**Hiermit erkläre ich, dass** (Bitte zutreffendes ankreuzen!):

- ich noch keine Versorgung erhalten habe (erstmalige Versorgung).

Bei Einlagen, Kompressionsware, Brustprothetik bitte zusätzlich zutreffendes ankreuzen und ausfüllen!

- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Stück/Paar erhalten habe, dass ausreichend und mit positivem Ergebnis erprobt wurde und ich hierzu ein/e Wechselfaar/Wechselversorgung benötige.

- ich innerhalb der letzten \_\_ Monate:

- keine Versorgung oder
- erst ein Stück/Paar erhalten habe und nun eine Folgeversorgung benötige.

zusätzlich bei Einlagenversorgungen anzugeben:

- keine Schuhzurichtungen, die demselben Zweck wie der Einlagenversorgung dienen, erhalten habe.

Sollte die Rechnungsprüfung der Krankenkasse ergeben, dass die vorstehenden Angaben nicht den Tatsachen entsprechen, besteht kein Anspruch gegen die hkk auf Übernahme der beauftragten Sachleistung beziehungsweise Kosten der Versorgung. Ferner verpflichte ich mich in diesem Fall gegenüber dem Leistungserbringer, die Kosten für die Versorgung mit vorgenanntem Hilfsmittel

**in Höhe von insgesamt: \_\_\_\_\_ Euro**

privat zu tragen.

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

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

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift  
Leistungserbringer/Beratende/r  
Mitarbeiter/in\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuungsperson

\_\_\_\_\_  
Betreuungsperson (Name in Druckbuchstaben)

\*freiwillige Angabe des Leistungserbringers