

**Anhang 3 – Bestätigung über die Durchführung der Beratung  
gemäß § 127 Absatz 5 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)**

Name, Vorname Versicherter: Krankenversicherternummer:
Beratene Person (Versicherte/r, Betreuung):
Hilfsmittel:
Verordnungsdatum:
Leistungserbringer (Firmenstempel und/oder Institutionskennzeichen):
Beratende/r Mitarbeiter/in:
Datum der Beratung:

Hiermit bestätige ich, dass ich zum oben genannten Datum gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (vergleiche § 127 Absatz 5 SGB V) entsprechend beraten worden bin, welche/welches Hilfsmittel und zusätzliche/n Leistung/en nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist/sind.

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

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

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

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

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

\*Auf die Unterschrift des Versicherten oder der Betreuungsperson wird bei telefonischer Beratung verzichtet.