

# Versorgungsauftrag

## Kunde

Kundennr.:

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Heimbewohner:

 ja  nein

## Zusatzinformation

Geb.-Datum:

Ansprechpartner:

Telefon:

Krankenkasse:

Versichertennr.:

Versorgungsauftrag für folgendes Hilfsmittel:

## Auftragserteilung

Hiermit beauftrage ich die OTB GmbH mit der Versorgung der mir verordneten Hilfsmittel. Ich wurde auf mein Recht hingewiesen, frei zwischen allen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenkasse wählen zu können. Ich erteile mit meiner Unterschrift den Auftrag für die Versorgung mit einem Hilfsmittel und verpflichte mich dieses auch abzunehmen. Komme ich diesem nicht nach, kann das Hilfsmittel nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden und ich trage die Kosten privat. Bestehe ich bei Kostenvoranschlagspflichtigen Produkten, ohne eine medizinische Notwendigkeit, ausdrücklich auf eine sofortige Versorgung, trage ich bei Ablehnung der Kostenübernahme durch den Kostenträger ebenfalls die Kosten selbst. Es gelten unsere AGB. Diese sind in jeder Filiale per Aushang, auf Anforderung vor Ort und auf unserer Website einsehbar.

## Zuzahlung (§ 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V)

Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor?

 ja nein

ab wann:

Eigenanteil laut Kasse

 ja

€

## Wirtschaftliche Aufzahlung (Mehrkostenerklärung)

- Ich bin über das Angebot mindestens einer ausreichend und zweckmäßigen mehrkostenfreien Versorgung, sowie über die Vergütung umfassend informiert. Mir ist bekannt, dass die medizinisch erforderliche Versorgung auch ohne Mehrkosten möglich ist. Ich habe mich nach eingehender Beratung und Auswahl verschiedener Produkte ausdrücklich, auf eigenen Wunsch, für eine aufzahlungspflichtige Versorgungsalternative, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, entschieden.

Mit der Zahlung der Mehrkosten in Höhe von \_\_\_\_\_ €, für die von mir ausgewählte Versorgung, bin ich einverstanden. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten, z.B. Reparaturen, die in der Folge hierfür anfallen können. Mir ist bekannt, dass eine nachträgliche Erstattung der Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann. Ergeben sich Änderungen der Mehrkosten nach Genehmigung der Krankenkasse, werde ich darüber in einem separaten Kostenvoranschlag informiert.

## Dokumentation der Beratung (gemäß § 127 Abs. 5 SGB V)

Hiermit bestätige ich, dass ich zu dem unten genannten Datum, gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 127 Abs. 5 SGB V), entsprechend beraten worden bin, welche/s Hilfsmittel und zusätzliche Leistung/en nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist / sind.

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

## Empfangs- und Einweisungsbestätigung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich das Hilfsmittel in einwandfreiem, gebrauchsfähigem Zustand erhalten habe. Mit Sitz und Ausföhrung bin ich, soweit ich das beurteilen kann, zufrieden. Ich erkläre hiermit, dass eine Einweisung bzw. Ausbildung in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels erfolgte. Ich bin damit in der Lage, das Hilfsmittel gemäß dem Einsatzzweck sachgerecht zu nutzen. Sicherheitshinweise und Gebrauchsanweisung habe ich erhalten. Das gelieferte Hilfsmittel bleibt bis zur vollständigen Bezahlung Eigentum der OTB GmbH. Sicherheitshinweise, Gebrauchsanweisung und die Konformitätserklärung bei Sonderbauten habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde / Versicherter