

## Erklärung aufzahlungspflichtige Versorgung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

KV-Nummer: \_\_\_\_\_

Bezeichnung  
des Hilfsmittels: \_\_\_\_\_

### Aufzahlungspflichtige Versorgung

„Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und ihren Zweck voll erfüllt, informiert worden.

Ich habe eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels/ der Versorgung gewünscht (Neuversorgung oder Versorgung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht).

Mit dem/den von mir ausgewählten Hilfsmittel(n) und den dadurch entstehenden Mehrkosten in Höhe von \_\_\_\_\_ €, bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich für meine freiwillige Aufzahlung keinen Erstattungsanspruch gegen die BAHN-BKK habe.

Notwendige Leistungen wie die Instandsetzung des Hilfsmittels, die Ausbildung in ihrem Gebrauch, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen sowie Reparaturen und Zurüstungen übernimmt die BAHN-BKK, soweit damit nicht höhere Folgekosten einhergehen, die ausschließlich auf der Wahl der aufzahlungspflichtigen Versorgung beruhen.“

*Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Erklärung im Rahmen meiner Hilfsmittelversorgung an die BAHN-BKK weitergeleitet wird und der weiterleitende Leistungserbringer von der BAHN-BKK zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet wurde.*

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r bzw. Vertretungsberechtigte/r