

# Mehrkostenerklärung

## Versicherte/r, Pflegebedürftige/r

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

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Einrichtung \_\_\_\_\_

► Im Falle einer mehrkostenpflichtigen Versorgung benötigen wir dieses Dokument unterschrieben zurück, bevor wir Sie versorgen und somit beliefern können.

Nutzen Sie hierfür gerne den beigefügten Freiumschat!

Nach umfassender und eingehender Beratung durch die Hombberger GmbH habe ich mich für eine Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln entschieden, die das Maß der medizinischen Notwendigkeit überschreitet und aufzahlungspflichtig ist.

Ich entscheide mich gegen eine aufzahlungsfreie Versorgung (gesetzliche Zuzahlungen ausgenommen) und wünsche eine mehrkostenpflichtige Versorgung. Diese Mehrkosten sind mir bekannt und von mir persönlich zu tragen.

Die mir zur Verfügung gestellten Testprodukte habe ich dem beigefügten Musterlieferschein entnehmen können.

## Aus folgenden Gründen habe ich mich für eine mehrkostenpflichtige Versorgung entschieden:

► bitte entsprechende/s Feld/er ankreuzen!

<input type="checkbox"/> Anlegen	<input type="checkbox"/> Passform
<input type="checkbox"/> Auslaufschutz	<input type="checkbox"/> Tragegefühl
<input type="checkbox"/> Diskretion	<input type="checkbox"/> Trockengefühl
<input type="checkbox"/> Entfernen	<input type="checkbox"/> Urinaufnahme
<input type="checkbox"/> Entsorgen	<input type="checkbox"/> Anderer Grund:
<input type="checkbox"/> Formstabilität	

Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. deren gesetzl. Vertreter/Betreuer

