

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

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

## Mehrkostenerklärung für Ihre Inkontinenzversorgung

_____ _____ _____ Versicherter: Name, Vorname, KV-Nr.	<b>Orthopädie-Technik Kächele GmbH</b> <b>330814424</b>  Leistungserbringer / Pflegeeinrichtung: Name, IK
--	--

**Die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten erfolgt für Sie aufzahlungsfrei, es sei denn, Sie wünschen eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht.**

Ich wurde umfassend über das qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot der Versorgung mit Inkontinenzprodukten informiert. Mir wurde eine aufzahlungsfreie Versorgung mit für mich geeigneten Produkten angeboten.

- Ich wünsche ausdrücklich eine Versorgung mit Inkontinenzprodukten, die über die aufzahlungsfreie Versorgung und somit über das Maß des Notwendigen hinausgeht, obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Versorgung aufgeklärt worden bin.
- Ich wurde über die monatlichen Mehrkosten wie unten angegeben informiert und entscheide mich, diese selbst zu tragen.
- Ich wurde darüber informiert, dass anfallende Mehrkosten mir nicht von der Krankenkasse im Rahmen der Prüfung einer Zuzahlungsbefreiung angerechnet werden können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten

Mehrkosten pro Quartal: \_\_\_\_\_ Euro

Bitte füllen Sie das oben stehende Formular vollständig aus und senden dieses zurück an [info@kaechele24.de](mailto:info@kaechele24.de), per Fax an 071162 87 05, postalisch an die Rotebühlstr. 44 in 70178 Stuttgart oder geben es in einer unserer Filialen ab.

Ihr Sanitätshaus Kächele