Anlage 5: Erklärung der Versicherten zum Erhalt eines Hilfsmittels auf Basis einer Versorgungspauschale

Name, Vorname Geburtsdatum Versichertennummer	Reha Team Maisch GmbH Im Schuhmachergewann 10, 69123 Heidelberg IK 330824643

Bezeichnung des Hilfsmittels: _____

10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Das oben genannte Hilfsmittel wurde Ihnen leihweise als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Das Hilfsmittel ist Eigentum des oben benannten Hilfsmittelanbieters.

Der Versorgungszeitraum beginnt mit dem Tag der Abgabe durch den Hilfsmittelanbieter und endet spätestens am .

Die AOK Baden-Württemberg übernimmt die Kosten dieser Versorgung. Davon ausgenommen ist die von Ihnen an den Hilfsmittelanbieter zu leistende gesetzliche Zuzahlung gem. § 61 SGB V i.V.m. § 33 Abs. 8 SGB V, sofern keine Befreiung vorliegt.

Erklärung der/des Versicherten:

Ich habe das o. g. Hilfsmittel heute in hygienisch einwandfreiem und gebrauchsfähigem Zustand erhalten, wurde in den Gebrauch eingewiesen und wurde darüber aufgeklärt, dass ich:

- für eine pflegliche und schonende Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen habe,
- das Hilfsmittel nicht übereignen, verpfänden bzw. Dritten überlassen darf,
- mich mit meinem Hilfsmittelanbieter im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht unverzüglich wegen einer Terminvereinbarung in Verbindung setze, wenn mich dieser bezüglich der Wartung oder Inspektion meines Hilfsmittels kontaktiert. Durch nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführte Instandhaltungsmaßnahmen kann eine sichere Verwendung des Hilfsmittels beeinträchtigt sein,
- ausschließlich den Hilfsmittelanbieter zu informieren und zu beauftragen habe, wenn Reparaturen, Wartungen, Sicherheitstechnische Kontrollen, Nachlieferung von Zubehör und Verbrauchsmaterialien sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden,
- Kosten, die aus einer zusätzlichen Versorgung durch andere Hilfsmittelanbieter entstehen, gegenüber der AOK Baden-Württemberg nicht beanspruchen kann. Ein Erstattungsanspruch gegenüber dem Hilfsmittelanbieter oder der AOK Baden-Württemberg besteht nicht,
- Schäden an dem Hilfsmittel, die durch unsachgemäßen Gebrauch, grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz des Benutzers entstanden sind, nach Rücksprache mit dem Hilfsmittelanbieter auf eigene Rechnung durch Reparatur oder Zurverfügungstellung eines Ersatzhilfsmittels beheben zu lassen habe sowie das Hilfsmittel dem Hilfsmittelanbieter zurückzugeben habe, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen,
- den Hilfsmittelanbieter über Wohnort- oder Krankenkassenwechsel zu informieren habe.

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ich bestätige nachstehend die Kenntnisnahme. Mir ist bekannt, dass bei fehlender Mitwirkung bzw. bei Nichteinhaltung der oben genannten Bedingungen meine Krankenkasse die Bewilligung der Leistung aufheben kann und ggf. Kosten auf mich zukommen.

_____, _____

Datum **Unterschrift des/der Versicherten bzw. des/der Bevollmächtigten***

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.