

Versichertenerklärung

Ich,

Frau / Herr _____ KV-Nr. _____

erhielt am _____ folgendes Hilfsmittel:

(Modell) _____ (Hersteller) _____

Vergütungspauschale

☐ Ich habe in den letzten 5 Jahren kein Krankenfahrzeug (z. B. Rollstuhl) erhalten.

Folgevergütungspauschale

- ☐ Ich nutze das Hilfsmittel regelmäßig und benötige es auch weiterhin.
- ☐ Ich nutze das Hilfsmittel unregelmäßig, benötige es aber auch weiterhin.
- ☐ Ich nutze das Hilfsmittel nicht mehr oder nur noch sehr eingeschränkt, da es nicht mehr meinem Versorgungsbedarf entspricht.
- ☐ Ich benötige das Hilfsmittel nicht mehr und bitte um Abholung.

_____,
Ort

Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 8 und 9 SGB V und § 94 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 5 und 6 SGB XI zum Zwecke der Versorgung und Abrechnung von einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.aok.de/hessen/datenschutzrechte