Erklärung zur höherwertigen Versorgung

Vom Leistungserbringer wurde mir eine bedarfsgerechte Versorgung ohne **Mehrkosten** angeboten, welche dem medizinisch Notwendigen entspricht.

☒ Ich habe mich für eine Versorgung mit Aufzahlung (Mehrkosten) entschieden.

Ich habe mich für folgende Versorgung entschieden:

_____

_____

Mit der Zahlung der Mehrkosten für die höherwertige Versorgung bin ich einverstanden.

Test _____ Test _____

Datum / Unterschrift Versicherter Stempel/Unterschrift Leistungserbringer