

## 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.

×

×

---

Datum / Unterschrift Versicherter

×

---

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

×

×

×

×

×