

Ohm und O1 Apotheke

Bahnhofstraße122

35325 Mücke

Daten des/der Versicherten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

KV-Nummer: _____ GKV: _____

1. Ich habe mich nach umfassender und unabhängiger Beratung aus freien Stücken für eine Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln entschieden, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht.
2. Die Mehrkosten hierfür in Höhe von monatlich _____ € trage ich.
3. Die Mehrkosten entstehen aufgrund der Lieferung von:
 - Höheren Mengen als medizinisch notwendig
 - Medizinisch nicht benötigten Produkten:

 - Abweichende Produkte zum entsprechenden Versorgungsvertrag

Ort, Datum_____
Unterschrift des Versicherten