

# Beispiel einer am PC ausfüllbaren Patientenerklärung

## Patientenerklärung

Nachname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geb.-Datum:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	PLZ / Ort:	<input type="text"/>

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich die freie Wahl eines Leistungserbringers/Sanitätshaus für die Lieferung eines Hilfsmittels habe.

Ich habe mich dafür entschieden, das Hilfsmittel durch einen Techniker aus dem **Sanitätshaus Mustermann** anpassen zu lassen.

Ebenfalls bin ich darüber aufgeklärt worden, dass das wiederverwendbare Hilfsmittel nur eine Leihgabe des Sanitätshaus Mustermann ist und ich dieses nach dem Gebrauch wieder zurückgeben muss.

**Hilfsmittelart:**

### **Gesetzliche Versicherung**

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich für das Hilfsmittel eine gesetzliche Zuzahlung zu leisten habe. Die Zuzahlung beträgt **10%** der Gesamtleistung des Produktes. Die Obergrenze liegt bei **10,00 €**, aber mindestens **5,00 €** je Produkt.

### **Private Versicherung**

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich für das o.g. Hilfsmittel die vollen Kosten in Höhe von  € zu tragen habe.

Datum:

X \_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient)

### **Einweisung & Erhalt**

Das o.g. Hilfsmittel habe ich erhalten. Mit dem Sitz und der Ausführung bin ich einverstanden, soweit ich das zurzeit beurteilen kann. Eine Einweisung über das Produkt / Hilfsmittel habe ich erhalten.

Datum:

X \_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient)

### **Aufforderung zur Rückgabe**

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich das Hilfsmittel, wenn ich es nicht mehr benötige oder nach Ablauf des Versorgungszeitraumes, ohne weitere Aufforderung in eine Ihrer Filialen zurückbringe. Sollte ich dieser Verpflichtung nicht nachkommen wird mir für das Produkt / Hilfsmittel

der volle Kostenumfang in Höhe von  € in Rechnung gestellt.

Datum:

X \_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient)

X \_\_\_\_\_  
(Unterschrift Mitarbeiter)

### **Abholung des Hilfsmittels**

Wird eine Abholung durch das Sanitätshaus Mustermann gewünscht, bin ich damit einverstanden, dass eine Gebühr in Höhe von  € erhoben wird.

Datum:

X \_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient)