



Raab Gesunde Schuhe

Ravenéstr. 35 a | 56812 Cochem

Tel. 02671 917901

Fax. 02671 917902

E-Mail: raab@gesunde-schuhe.com

www.raab.gesunde-schuhe.com

Erteilung eines Auftrages

(nach Werkvertrag § 631BGB)

Frau/Herr:

Geb.:

MPG - Nr.:

hat für sich selbst/durch den Angehörigen

oder der von Ihr/Im Beauftragten

das Von Frau/Herr Dr. med. verordnete nur für die/den oben genannte/n Benutzer/in bestimmte

Hilfsmittel als Sonderanfertigung

in Auftrag gegeben.

1. Kostenübernahme

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass Ich die freie Wahl unter den Leistungserbringern habe. Ich habe mich für eine Versorgung durch Gesunde Schuhe Raab entschieden.

Ich, _____, bin durch Gesunde Schuhe Raab ausdrücklich darauf hingewiesen worden, das bis zur vollständigen Zahlung durch mich oder meine Krankenkasse und/oder der gesetzlichen Zuzahlung durch mich und /oder einer wirtschaftlichen Aufzahlung durch mich, das Hilfsmittel im Eigentum von Gesunde Schuhe Raab verbleibt. Sollte sich herausstellen, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse/des Kostenträgers nicht besteht, werde ich die Kosten der von mir gewünschten Versorgung in Höhe von _____ € selber tragen.

Bei nicht Abholung des Hilfsmittels in Sonderanfertigung werden die Kosten der von mir gewünschten Versorgung in Höhe von _____ € selber getragen.

2. Mehrkosten

Gesunde Schuhe Raab hat mich darüber beraten, dass das von mir gewünschte Hilfsmittel das Maß des Notwendigen überschreitet und die anfallenden Kosten daher nicht vollständig von meiner Krankenkasse getragen werden.

Mir wurde ferner erläutert, dass auch eine aufzahlungsfreie Versorgung möglich ist.

Nach entsprechender Beratung habe ich mich entschieden (bitte Option auswählen),

die aufzahlungsfreie Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung 10 % des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro. Soweit eine Zuzahlungsbefreiung vorliegt, muss diese bei der Abgabe des verordneten Hilfsmittels vorliegen, nachträgliche Befreiungen dürfen nicht berücksichtigt werden.

die aufzahlungspflichtige Versorgung in Anspruch zu nehmen. Die nachstehend bezifferten Mehrkosten, die von meiner Krankenkasse nicht getragen werden, werde ich selbst bezahlen

Gesetzliche Zuzahlung € Mehrkosten €.

Ort:

Datum:

Unterschrift: _____