

AOK	LKK	BKK	IKK	VdaK	AEV	Knappschaft
AOK						
Name, Vorname des Versicherten Anja Ackermann						
geb. am 27.08.1966						
Steinbeisstraße 6						
71229 Leonberg						
Kassen-Nr. 1234567		Versicherungs-Nr. 123456789		Status 1 1		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis 09.2012		Datum 10.07.2006		

Steinbeisstraße 6 71717 Beilstein

IK-NR 565423324

Anlage 5 zur Vereinbarung vom 01.12.2004 über die Abgabe von eigenanteilsfreien Hörsystemen

Patientenbogen zur Hörgeräteversorgung Angaben des Hörgeräteakustikers (bitte ausfüllen und an den Versicherten oder eine von ihm beauftragte Person weitergeben)	
Hilfsmittelnummer des Hörsystems	Seriennummer des Hörsystems
Hilfsmittelnummer des Hörsystems	Seriennummer des Hörsystems
Datum	Unterschrift und Stempel

Erklärung zu Mehrkosten Ich bin über das qualitativ hochwertige Angebot einer eigenanteilsfreien Versorgung (ohne Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) informiert worden. Mit einer von mir zu leistenden höheren Vergütung für die von mir ausgewählten Hörsysteme (Hilfsmittelnummer, Seriennummer siehe oben) bin ich einverstanden. Ich bin darüber informiert worden, dass die aus der Mehrleistung resultierenden Reparaturmehrkosten damit zu meinen Lasten gehen und erkläre mich bereit, diese zu übernehmen. Die Versicherteninformation habe ich erhalten.	
Empfangsdatum	Unterschrift