



**ELEFANTEN  
APOTHEKE**

**Apothekerin Annette Sieckmann-Linck e.K.**

Fuhlsbüttler Str. 141 · 22305 Hamburg  
Telefon: 040/61 68 16 · Fax: 040/690 71 96  
e-mail: info@elefantenapotheke-hamburg.de  
www.elefantenapotheke-hamburg.de

## Versichertenerklärung zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

**Versichertendaten:**

**Pflegekasse:**

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:** \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Vers.-Nr.:** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_ \_\_ \_\_\_\_

Ich beauftrage unten angegebenen Leistungserbringer, die Kosten für die von mir gewählten Pflegehilfsmittel direkt mit meiner Pflegekasse abzurechnen. Mir ist bekannt, dass die Leistungspflicht der Pflegekasse begrenzt ist. Bei Überschreitung des, von der Pflegekasse gezahlten Betrages, habe ich die darüberhinausgehenden Kosten selbst zu tragen.

Die Pflegehilfsmittel kann ich nur von dem unten genannten Leistungserbringer erhalten. Der Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (z. B. Krankenhaus) ist von mir dem unten genannten Leistungserbringer mitzuteilen, um Zeitüberschneidung der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zu vermeiden.

Hiermit bestätige ich auch, dass ich noch nicht mit den wiederverwendbaren saugenden Bettschutzeinlagen versorgt wurde (sofern dies zutrifft).

Der Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer ist möglich. Dieser kann nur durch vorherige Kündigung bei unten genanntem Leistungserbringer erfolgen.

Mir ist bekannt, dass andernfalls entstehende Kosten von mir zu tragen sind.

Sie erhalten ein Exemplar dieser Vereinbarung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter/Betreuer

**Leistungserbringer:**

\_\_\_\_\_

Stempel Apotheke

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift