

Hörgeräteanpassung - Bestätigung der Übernahme von Mehrkosten

Versicherte Person - Versicherten-Nummer (IV//UV/MV):

Name: Vorname:

Adresse: PLZ / Ort:

Versorgungsart: Binaural / Monaural (zutreffendes unterstreichen)

Hörgerätetyp Fr.

Dienstleistung Fr.

weitere Mehrkosten für Fr.

Eventuelle Abzüge/Rabatte Fr.

Mehrwertsteuer Fr.

Gesamtkosten Hörsystem Fr.

Davon Anteil Versicherer Fr.

Mehrkosten für versicherte Person Fr.

☐ Ich habe die bestmögliche zuzahlungsfreie Variante der Hörgeräteversorgung ausprobiert. Diese Versorgung genügt mir nicht. Ich bin mit der von mir zu leistenden Zuzahlung für eine bessere Hörgeräteanpassung einverstanden.

☐ Ich habe bewusst auf ein Probetragen der bestmöglichen zuzahlungsfreien Variante verzichtet. Ich will eine bessere Versorgung und übernehme die Mehrkosten.

Ort: Datum:

Hörgerätekustiker/-in:

Versicherte Person:

Vom Lieferanten mit der Rechnung an den zuständigen Versicherer zu senden