

## Versichertenerklärung

### zum Bezug von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln nach § 40 Abs. 2 SGB XI zum Nachweis gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg

Hiermit bestätige ich,

- alle Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 2 SGB XI, die der/die unten benannte Versicherte im Zusammenhang mit einem Pflegegrad benötigt, ausschließlich von der unten benannten Apotheke zu beziehen.

- dass der/die unten benannte Versicherte einem Pflegegrad zugewiesen worden ist, der ihn/sie berechtigt, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 2 SGB XI zu beziehen.

Über Änderungen werde ich die Apotheke unverzüglich informieren.

#### **Daten des/der Versicherten:**

Name: .....

Straße: .....

PLZ: .....

Ort: .....

Krankenversicherungsnummer: ..... Geburtsdatum: .....

*Ein Exemplar dieser Erklärung habe ich erhalten.*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten (ggfs. des gesetzlichen Vertreters)

#### **Daten Ihrer versorgenden Apotheke:**

\_\_\_\_\_  
(Name der Apotheke)

\_\_\_\_\_  
(Service-Telefon-Nr.)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl/Ort)