

## Einverständniserklärung für die private Zuzahlung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Die Verordnung eines XXX Therapiesystems, durch Ihren behandelnden Arzt, wird nur zum Teil von Ihrer Krankenkasse übernommen. Sollten Sie sich für ein System der Firma INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH, bzw. für eine Erweiterung, entscheiden, fällt für Sie ein Eigenanteil an.

Dieser ist unabhängig von der gesetzlichen Zuzahlung oder möglichen Befreiung.

Der persönliche Eigenanteil beträgt:

**monatlich 59,95 € inkl. gesetzl. MwSt.**  
Die Mindestpauschale beträgt 3 Monate.

Auf eigenen Wunsch tragen Sie die Kosten. Sie erhalten von der Firma INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH eine detaillierte Privatrechnung, welche nicht bei der Krankenkasse geltend gemacht werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter