
Anlage 4 Bindungserklärung des Versicherten

Name, Vorname des Versicherten _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

erhält von der AOK Sachsen-Anhalt saugende Inkontinenzhilfsmittel



Die Versorgung erfolgt durch

(Stempel und Unterschrift des Vertragspartners)

1. Der oben genannte Vertragspartner der AOK Sachsen-Anhalt hat mich heute über meine Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfsmitteln beraten, mich in den Gebrauch der Hilfsmittel eingewiesen und die Liefertermine mit mir abgesprochen.
2. Ich beauftrage den oben genannten Vertragspartner, mich über einen Zeitraum von zwei Jahren mit diesen Hilfsmitteln zu versorgen.
3. Ich erkläre, keinen anderen Leistungserbringer mit der Inkontinenzhilfsmittelversorgung beauftragt zu haben und ich verpflichte mich, für die Dauer von zwei Jahren keinen solchen Auftrag an ein anderweitiges Unternehmen zu erteilen.
4. Ich verpflichte mich, meinen beauftragten Vertragspartner über versorgungsrelevante Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen unverzüglich zu informieren:
 - Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung,
 - Kassenwechsel,
 - Wohnungswechsel,
 - die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung,
 - stationäre Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung über einen Kalendermonat und länger.
5. Ich bin informiert, dass ich die Kosten einer zusätzlichen Versorgung selbst zu tragen habe.

Bemerkungen:

Eine **Durchschrift** der Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Anspruchsberechtigten, Betreuer
oder Bevollmächtigten