

Vertrag gemäß § 127 Abs-2 SGB V über die Versorgung mit saugenden
Inkontinenzhilfsmitteln-XX14316

**Соглашение § 127 Abs-2 SGB V о поставках впитывающих
гигиенических средств-XX14316**

Anlage 4 Bindungserklärung des Versicherten/

Приложение 4 Декларация Обязательств Страховщика

Name, Vorname des Versicherten

Имя, Фамилия Страховщика

Straße / Улица

PLZ, Ort / Индекс, Город

erhält von der AOK Sachsen- Anhalt saugende Inkontinenzhilfsmittel / **получает от
Страховой Компании АОК впитывающие гигиенические средства**

Die Versorgung erfolgt durch / **Поставщик**

(Stempel und Unterschrift des Vertragspartners /
Печать и подпись Поставщика, Фирмы)

1. Der oben genannte Vertragspartner der AOK Sachsen- Anhalt hat mich heute über meine Versorgung mit saugenden Inkontinenzmitteln beraten, mich in den Gebrauch der Hilfsmitteln eingewiesen und die Liefertermine mit mir abgesprochen.
Выше названная Фирма, ответственная по поставкам впитывающих гигиенических средств, проконсультировала меня сегодня о поставках, использовании, а также о применении гигиенических средств.
2. Ich beauftrage den oben genannten Vertragspartner, mich über den Zeitraum von zwei Jahren mit diesen Hilfsmitteln zu versorgen.
Я поручаю выше названной фирме , на протяжении двух лет поставлять мне впитывающие гигиенические средства.
3. Ich erkläre, keinen anderen Leistungserbringer mit der Inkontinenzhilfsmittel-Versorgung beauftragt zu haben und ich verpflichte mich, für die Dauer von

zwei Jahren keinen solchen Auftrag an ein anderweitiges Unternehmen zu erteilen.

Я подтверждаю, что у меня нет соглашений с другими подобными фирмами занимающимися поставками впитывающими гигиенических средств, и обязуюсь, в течение двух лет никаких подобных соглашении с другими поставщиками не подписывать.

4. Ich verpflichte mich, meinen beauftragten Vertragspartner über versorgungsrelevante Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen unverzüglich zu informieren:

Я обязуюсь незамедлительно информировать моего поставщика о личных соответствующих изменениях:

- Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung / **Об отмене необходимости о дальнейших поставках,**
- Kassenwechseln / **Изменении страховой компании,**
- Wohnungswechseln/ **Адрес после переезда на другое место жительства,**
- die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung / **Переезд в Дом по уходу за престарелыми,**
- stationäre Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung über einen Kalendermonat und länger / **Стационарный больничный уход или Реабилитация более месяца или дольше.**

5. Ich bin informiert, dass ich die Kosten einer zusätzlichen Versorgung selbst zu tragen habe.

Мне известно, что стоимость дополнительных поставок будут мной оплачены.

Bemerkung / Примечание :

Eine Durchschrift der Erklärung habe ich erhalten

Копия этого приложения мною получена.

Ort, Datum / **Город, Число**

Unterschrift des Anspruchsberechtigten, Betreuer
oder Bevollmächtigten

**Подпись Страховщика или Ответственного
лица**