

Erklärung des Patienten zur Ausübung des Wahlrechtes und zum Datenschutz

Ich bin darüber informiert worden, dass ich mit der Versorgung eines Hilfsmittels, welches mir von meinem Arzt zur Sicherung des Behandlungsergebnisses verordnet wurde, einen Vertragspartner meiner Krankenkasse beauftragen kann bzw. wenn es noch keinen Vertragspartner gibt, einen Leistungserbringer-Betrieb meiner Wahl aufsuchen kann.

Dieser Leistungserbringer muss:

- Die notwendigen Zertifizierungen inkl. der Präqualifizierung aufweisen.
- Sowohl die Versorgungs- als auch die Produktqualität sicherstellen.
- Bei CPM Bewegungsschienen: Die Mietschiene durch geschultes Personal zu mir nach Hause liefern, individuell auf mich einstellen und mir den Gebrauch erklären.
- Bei gesetzlich versicherten Patienten: Die Produkte in der erforderlichen Qualität ohne zusätzliche wirtschaftliche Aufzählungen anbieten (ausgenommen hiervon ist die gesetzliche Zuzahlung für Versicherte).

Ich wünsche von folgendem, mir bereits bekannten Leistungserbringer meiner Wahl versorgt zu werden und bitte um Weiterleitung meines Rezeptes an folgenden Kontakt:

Da ich nur begrenzt mobil bin und/oder keinen Leistungserbringer mit den oben genannten Eigenschaften kenne, habe ich meinen Arzt um eine Empfehlung und die Weitergabe meiner Verordnung an einen ihm bekannten Leistungserbringer, der die benötigten Eigenschaften erfüllt, gebeten.

Datum/Unterschrift Patient: _____

Schriftliche Einwilligung zur Datenweitergabe

Zur Hilfsmittelversorgung übertragen wir Ihre Daten an ein versorgendes Unternehmen Ihrer Wahl. Es werden neben Name, Anschrift und weiteren Kontaktdaten insbesondere Gesundheits- und Sozialdaten übermittelt, die für Ihre Versorgung und zur Abrechnung durch das Versorgungsunternehmen mit Ihrem Leistungsträger (Krankenkasse, Versicherung o. ä.) erforderlich sind. Mit Ihrer Einwilligung zur Datenweitergabe ist das versorgende Unternehmen berechtigt Sie für den Zweck der Hilfsmittelversorgung telefonisch oder schriftlich zu kontaktieren. Diese Einwilligung schließt auch die Weiterleitung der Daten an weitere Leistungserbringer ein, falls dies zur Erfüllung Ihrer Versorgung notwendig ist. Die übermittelten Daten werden ausschließlich für die genannten Zwecke und den daraus entstehenden Vertrag verwendet. Die Daten werden gelöscht, sobald der Verarbeitungszweck entfällt, es sei denn, es bestehen gesetzliche Aufbewahrungspflichten.

Rechte des Betroffenen:

Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, Auskunft zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Zudem haben Sie das Recht, unter den Voraussetzungen von Artikel 16 DSGVO die Berichtigung und/oder unter den Voraussetzungen von Artikel 17 DSGVO die Löschung und/oder unter den Voraussetzungen von Art. 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Ferner können Sie unter den Voraussetzungen von Artikel 20 DSGVO eine Datenübertragung verlangen und unter den Voraussetzungen von Artikel 21 DSGVO von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Sie können sich außerdem bei der zuständigen Aufsichtsbehörde über datenschutzrechtliche Sachverhalte beschweren.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Datum/Unterschrift Patient: _____

Stempelfeld (Praxis)