

Auftrag / Einwilligungserklärung

Erfasst von _____ am _____

Patientendaten

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

weiblich männlich divers

Anschrift _____

Telefon / Mobil _____

GKV PKV _____

Kunden-Nummer _____

Verordner _____

Hilfsmittel _____

Als Patient/in steht Ihnen die frei Wahl zu, welchen Anbieter von medizinischen Hilfsprodukten Sie mit Ihrer Versorgung beauftragen möchten. Mit der Unterzeichnung dieser Erklärung willigen Sie in die Versorgung durch _____ ein.

- Ich stimme der mir vorgelegten Datenschutzerklärung zu. Von den Allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich Kenntnis genommen.
- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Versorgung mit einem medizinischen Hilfsmittel in der Regel erst nach der Genehmigung durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt. Abweichend von dieser Vorgehensweise stimme ich der sofortigen Versorgung mit einem Hilfsmittel zu und bin damit einverstanden, die Kosten für das verordnete Hilfsmittel im Falle einer ganz oder teilweisen Ablehnung durch die Krankenversicherung selber zu tragen.
- Ich wurde durch den Leistungserbringer vor Inanspruchnahme der Leistungen darüber beraten, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Ich bestätige, dass mir eine hinreichende Auswahl aufzahlungsfreier Produkte angeboten wurde.
- Ich bestätige, dass ich keine Informationen über ein aufzahlungsfreies Angebot wünsche.
- Ich bestätige, dass ich die Versorgung mit einem aufzahlungsfreien Produkt wünsche.
- Ich bestätige, dass ich die Versorgung mit einem aufzahlungspflichtigen Produkt wünsche.

Diese Aufzahlung beträgt _____ EUR.

Die durch die Versorgung mit diesem aufzahlungspflichtigen Produkt verbundenen Mehrkosten sowie etwaige Folgekosten, werde ich selbst tragen. Mir ist bekannt, dass ich gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung hierüber keinen Erstattungsanspruch habe.

- Der Weiterleitung meines Namens und meiner Adresse an die Herstellerfirma zu Versand- und Verwaltungszwecken stimme ich zu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient