

weiterleiten an den gewählten Leistungserbringer

Apocare GmbH
 Im Gewerbepark 11
 96155 Buttenheim

- Vorab per Fax (09545 928 87-21)
- Vorab per Email (service@apocare-gmbh.de)

*falls zutreffend bitte ankreuzen

Einwilligungs- und Wahlrechtserklärung

Aufgrund einer ärztlichen Verordnung ist die Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln und anderen Produkten notwendig. Nach ausführlicher und umfassender Aufklärung über das mir als Patient zustehende Wahlrecht zwischen den verschiedenen Leistungserbringern beauftrage ich hiermit das Sanitätshaus apocare GmbH, mich mit den medizinisch notwendigen ab dem ___/___/_____ Hilfsmitteln und anderen Produkten zu versorgen.

Hierzu gehört auch, dass das Sanitätshaus apocare GmbH für mich bei meiner Krankenkasse oder ggf. einem anderen Kostenträger die erforderlichen Genehmigungen einholt. Das Sanitätshaus apocare GmbH ist ebenso berechtigt, bei meinen behandelnden Ärzten alle zu meiner weiteren Versorgung erforderlichen ärztlichen Verordnungen nach vorheriger Rücksprache mit mir einzuholen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Versorgung mit einem ärztlich verordneten Hilfsmittel grundsätzlich eine Genehmigung durch die Krankenkasse voraussetzt. Damit jedoch die notwendige und ggf. unaufschiebbare Versorgung sichergestellt ist, erteile ich dem Sanitätshaus apocare GmbH den Auftrag, mich unabhängig von einer Genehmigung meiner Krankenkasse sofort zu versorgen. Ein rechtlicher Zahlungsanspruch des Sanitätshauses apocare GmbH entsteht daraus nicht, sondern vielmehr dient die umgehende Versorgung alleine der Vermeidung von Lücken im Rahmen der medizinischen Versorgung.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

1. Versicherte(r)		
Name, Vorname:	Versicherten-Nr.:	Krankenkasse:
Straße:	PLZ, Ort:	Geb.-Datum:
Ort, Datum:		Unterschrift Versicherte(r):
2. Vertreter(in)/Betreuer(in)		
Name, Vorname:		
Straße:	PLZ, Ort:	
Ort, Datum:		Unterschrift Versicherte(r):

weiterleiten an den gewählten Leistungserbringer

Apocare GmbH
Im Gewerbepark 11
96155 Buttenheim

- Vorab per Fax (09545 928 87-21)
- Vorab per Email (service@apocare-gmbh.de)

*falls zutreffend bitte ankreuzen

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zu meiner optimalen Versorgung die Datenübermittlung meiner personenbezogenen Daten an Dritte aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenübermittlungen bedürfen meiner ausdrücklichen nachfolgenden schriftlichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zu meiner Datenweitergabe wurden mir mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke meiner optimalen Versorgung

- » in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken von meinem individuellen Krankheitsbild bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- » in die Weitergabe meiner Kontaktdaten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern, insbesondere an „Der Pflegeberater – Gunnar Leckebusch UG“etc.) und Produkthersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung kann eine sorgfältige Versorgung wahrscheinlich nicht erfolgen.

Ort, Datum:	Unterschrift Versicherte(r)/ ggf. gesetzl. Vertreter
-------------	--