

Name, Vorname:		Geb.-Datum:	
Straße, Nr.:	Senioren-Pension Möller, Schönberger Str. 28		
PLZ/Ort:	23911 Ziegen		
Tel.-Nr.	04541-891257	Handy-Nr.:	
E-Mail:			
Hilfsmittel:	Inkontinenzmaterial		

Dokumentation der Beratung und Wahlrechtserklärung

Ich wurde über meine konkrete Versorgungssituation und die dafür geeigneten aufzahlungsfrei angebotenen Versorgungsmöglichkeiten für die oben genannte Hilfsmittelart informiert und beraten.

Ich möchte von der Sanitätshaus Kowsky GmbH versorgt werden. Die Sanitätshaus Kowsky GmbH ist der Leistungserbringer meiner Wahl.

- Ich habe mich für eine aufzahlungsfreie Versorgung entschieden.
- Ich habe mich für eine aufzahlungspflichtige Versorgung entschieden.

Mehrkostenerklärung

Die Sanitätshaus Kowsky GmbH hat mich in Kenntnis gesetzt, dass die mit meiner medizinisch notwendigen Hilfsmittelversorgung in Zusammenhang stehenden notwendigen Kosten durch meine Krankenkasse übernommen werden.

Wähle ich dennoch eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht (§§ 12, 33 Absatz 1 Satz 6 SGB V), muss ich die Mehrkosten für das von mir gewählte Hilfsmittel sowie die möglichen Folgekosten, z. B. Reparaturleistungen, selbst tragen.

Ich wurde darüber informiert, dass der Leistungserbringer von mir mit Ausnahme der o. g. Mehrleistungen sowie der gesetzlichen Zuzahlung nach § 33 Absatz 8 SGB V keine Mehrkosten fordern darf.

Ich wurde über die Mehrkosten für das o. g. Hilfsmittel in Höhe von _____ € informiert und entscheide mich, diese selbst zu tragen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Sanitätshaus Kowsky GmbH meine Krankenkasse über meine geleisteten Mehrkosten informiert (z.B. Kopie dieser Erklärung).

Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

Im Rahmen meiner Versorgung werden durch die Sanitätshaus Kowsky GmbH Angaben zu meiner Person, zur Heil- und Hilfsmittelversorgung, zu therapeutischen und/oder dokumentarischen Zwecken erhoben, gespeichert und genutzt. Die Sanitätshaus Kowsky GmbH ist nach § 28 BDSG berechtigt, die zu meiner Versorgung notwendigen personenbezogenen Daten und Fotodokumente an alle mit meiner Behandlung und Pflege befassten Ärzte, Therapeuten und an der Hilfsmittelversorgung beteiligte Auftragnehmer sowie bei Bedarf an den medizinischen Dienst der Krankenkasse weiterzugeben.

Mit meiner Unterschrift erteile ich in freier Entscheidung mein Einverständnis, dass zur Dokumentation der Versorgung und/oder des Therapiefortschritts durch die Sanitätshaus Kowsky GmbH Daten und Fotodokumente erhoben/angefertigt, gespeichert und verwendet werden.

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Ort/Datum _____

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten _____