

	Zimeda - Formblatt Patientenwahlrechtserklärung Inkontinenz	FB 0229
		Seite 1 von 2

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer		PLZ	Ort
Krankenkasse		Versichertennummer	

1. Wahl der Leistungserbringers

Ich mache hiermit von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch und beauftrage die Firma **Zimeda GmbH & Co. KG** mit der Versorgung von Produkten aus dem Bereich:

- aufsaugende Inkontinenz Pflegehilfsmittel zum Verbrauch
 Liegt ein Pflegegrad vor? Ja Nein

Die Krankenkasse bittet uns, Ihnen folgendes mitzuteilen: Die Versorgung mit Produkten aus den obengenannten Bereichen erfolgt während der Laufzeit des von Ihnen gegenüber der **Zimeda GmbH & Co. KG** erteilten Versorgungsauftrages, durch die Firma **unizell**. Bitte kontaktieren Sie Ihre Krankenkasse, wenn Sie beabsichtigen, zusätzlich mit vorgenannten Produkten durch andere Leistungserbringer versorgt zu werden.

Ich wünsche, dass die **Zimeda GmbH & Co. KG** bzw. ein durch die **Zimeda GmbH & Co. KG** beauftragter Dienstleister mich telefonisch über die Nummer _____ kontaktiert um mich zu befragen, wie ich mit der Versorgung zufrieden bin.

2. Einwilligung Datenweitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass - zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung – die erforderlichen medizinischen Informationen und Unterlagen seitens meines behandelnden Arztes sowie des beauftragten Pflegepersonals an die Firma **Zimeda GmbH & Co. KG** bzw. die Firma **unizell** weitergegeben werden.

erstellt / geändert:		Revisionsnummer
31.03.2019		1.0.0

	Zimeda - Formblatt Patientenwahlrechtserklärung Inkontinenz	FB 0229
		Seite 2 von 2

Die medizinischen Informationen und Unterlagen enthalten insbesondere Angaben zu meinen persönlichen Verhältnissen, zum Krankheitszustand, zu den Therapiemaßnahmen sowie zu den Untersuchungsergebnissen.

Ich bevollmächtige die Firma Zimeda GmbH & Co. KG zur Entgegennahme von ärztlichen Verordnungen/ Attesten und deren Weiterleitung an die Firma **unizell**

Ich bin damit einverstanden, dass die Firma **Zimeda GmbH & Co. KG** und die Firma **unizell** meine Versorgung, die Weiterbehandlung und Weiterleitung der ärztlichen Verordnung und die Abwicklung von Bestellungen personenbezogener Daten – im gesetzlichen Rahmen – erhebt, speichert, verarbeitet und für interne Zwecke vertraulich nutzt und an den Kostenträger weiterleitet. Zu den personenbezogenen Daten gehören insbesondere meine Personalien, Anschrift und Telefonnummer, Angaben zum Kostenträger, zum Krankheitszustand, zu den Untersuchungsergebnissen und Therapiemaßnahmen.

Verantwortliche Stelle: Zimeda GmbH & Co. KG, Dr.-Emil-Brichta-Str. 3, 94036 Passau

Die Einwilligung umfasst die Übermittlung – auch auf elektronischem Weg – von Patientendaten (u. a. Krankenversicherungsnummer, Aufnahme- und Entlassungsdiagnose) an meine Kranken- bzw. Pflegekasse oder Abrechnungszentren zu Zwecken des Kostengenehmigungsverfahrens und der Abrechnung.

Ich bestätige, dass ich von der **Zimeda GmbH & Co. KG** vor Inanspruchnahme der Leistung beraten wurde, welches Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen für meine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Ich bin zudem darüber aufgeklärt worden, dass ich bei der Wahl von Hilfsmitteln oder zusätzlichen Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, die Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten selbst zu tragen habe.

Vorname, Name (versicherte Person)
Datum, Unterschrift

Vorname, Name (ggf. Vertreter/Bevollmächtigter)
Datum, Unterschrift

Mitarbeiter Zimeda: _____

erstellt / geändert:		Revisionsnummer
31.03.2019		1.0.0