

Wahlrechts- bzw. Wechselerklärung – PG15 aufsaugende Inkontinenzartikel (Seite 1/2)

Um die Lieferung Ihrer Hilfsmittel sicherstellen zu können, benötigen wir als Ihr Hilfsmittellieferant eine Bestätigung, dass Sie die Firma

TZMO Deutschland GmbH | Waldstr. 2 | 16359 Biesenthal

als Leistungserbringer gewählt haben. Ihre Krankenversicherung hat die Berechtigung, diese Erklärung bei uns als Vertragspartner anzufordern und einzusehen.

Leistungserbringer meiner Wahl: Firma TZMO Deutschland GmbH

Hiermit erkläre ich, dass die Wahlrechtserklärung ab dem _____ gilt.
(Das Datum ist immer nur zum 1. eines Monats möglich.) Datum

und ich von noch keinem anderen Leistungserbringer versorgt wurde.

ich bereits von einem anderen Leistungserbringer bis zum _____ versorgt werde/wurde.
Datum

und/oder

ich parallel mit ableitenden Inkontinenzprodukten (z.B. Katheter) versorgt werde

Kündigung bisheriger Leistungserbringer

Meine bisherige Inkontinenzversorgung habe ich zum _____ bei meinem jetzigen
Datum

Leistungserbringer _____ schriftlich gekündigt.
Name des Leistungserbringers

Versorgungsrelevante Änderungen

Ich verpflichte mich, die Firma TZMO Deutschland GmbH über versorgungsrelevante Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen unverzüglich zu informieren:

- Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung,
- Krankenkassenwechsel,
- Adressänderung,
- Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung,
- stationäre Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung über 14 Tage in einem Kalendermonat und/oder länger

Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer

Ich wurde darüber informiert, dass ein Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer möglich ist, sofern sich die Versorgungszeiträume nicht überschneiden. Der Wechsel ist rechtzeitig und zwingend mit dem bisherigen Leistungserbringer abzustimmen. Erfolgte bereits eine Belieferung der Firma TZMO Deutschland GmbH für mehrere Kalendermonate und ein Leistungserbringerwechsel findet statt, so sind die vorhandenen Restbestände auf Anforderung der Firma TZMO Deutschland GmbH zur Verfügung zu stellen, andernfalls können für mich Mehrkosten entstehen.

Wahlrechts- bzw. Wechselerklärung – PG15 aufsaugende Inkontinenzartikel (Seite 2/2)

Einverständnis zur Datenverarbeitung

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass mein(e) Arzt/Ärztin die auf mich ausgestellten Rezepte/Atteste an die Firma TZMO Deutschland GmbH persönlich oder postalisch weitergeben und bei Fragen Auskünfte zum Rezept und Diagnose erteilen darf. Ebenso wurde ich darüber aufgeklärt, dass ich mit Wirkung für die Zukunft jeder Zeit die Datenverarbeitung widerrufen kann und auf meinen Wunsch hin, eine Löschung meiner personenbezogenen Daten erfolgt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, bei keinem anderen Leistungserbringer eine Wahlrechtserklärung abgegeben zu haben bzw. eine abgegebene Wahlrechtserklärung bei meinem bisherigen Leistungserbringer schriftlich widerrufen zu haben.

1. Versicherte(r)

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefonnummer

Geburtsdatum

Versichertennummer

Krankenkasse

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte(r)

2. Vertreter(in)/Betreuer(in)

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift Vertreter(in)/Betreuer(in)