

Anmeldung

Inkontinenzversorgung PG 15 aufsaugend

Waldstraße 2

D-16359 Biesenthal

Tel.: 03337 / 45 13 29-800

Fax: 03337 / 45 13 29-469

IK-Nr.:331201276

Kontaktdaten des Versicherten:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Ansprechpartner (Betreuer)	
Telefonnummer (Pflichtfeld)	

Daten zur Versorgung:

Vorlieferant zum _____ gekündigt.

Wahlrechtserklärung: liegt vor
(wird immer benötigt) wird umgehend nachgereicht

Zuzahlungsbefreiung: Ja Kopie liegt bei
 Nein

INFO:

Bei nicht vorliegender Zuzahlungsbefreiung wird die gesetzliche Zuzahlung nach § 61 SGB V berechnet.

Für Pflegedienste/Betreuer:

Beratung: Ja
 Nein

Falls **nein**, dann bitte den Bedarf und die gewünschten Produkte hier eintragen:

Lieferadresse: wie auf dem Rezept angegeben
 Abweichende Lieferadresse:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das **Sanitätshaus Kniel GmbH**, meine Daten (Name, Telefonnummer, Rezept und Wahlrechtserklärung) an die Fa. TZMO Deutschland GmbH, Waldstraße 2, 16359 Biesenthal weiterleitet.

Ebenso wurde ich darüber aufgeklärt, dass ich mit Wirkung für die Zukunft jederzeit die Datenverarbeitung widerrufen kann und auf meinen Wunsch hin, eine Löschung meiner personenbezogenen Daten erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten / Betreuer