

Wahlrechtserklärung

Kundendaten

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Geb.-Datum

Telefon

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Vertreter(in)/Betreuer(in)

Pflegedienst/Einrichtung

Hausarzt

Name

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Mitarbeiter(in)

Name

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich unter den Vertragspartnern meiner Krankenkasse, den Hilfsmittelversorger meiner Wahl mit der Anfertigung bzw. Versorgung der ärztlich verordneten Hilfsmitteln beauftragen kann und nicht an eine Empfehlung des verordnenden Arztes gebunden bin.

Im Rahmen dieser Entscheidungsfreiheit habe ich die SCS Stoma-Center Südwestfalen GmbH ab dem _____ mit der Versorgung für den Bereich

- Tracheostoma/Laryngektomie
- Enterostoma
- Urostoma
- Enterale/Parenterale Ernährung
- Ableitende Inkontinenz
- Aufsaugende Inkontinenz
- Verbandmittel
- Pflegehilfsmittel
- Reha-technik
- Sonstiges: _____

beauftragt.

Die SCS Stoma-Center Südwestfalen GmbH hat mich umfassend in allen Fragen rund um meine Hilfsmittelversorgung beraten.

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass die SCS Stoma-Center Südwestfalen GmbH diese Wahlrechtserklärung bei meiner Krankenkasse einreicht. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde bzw. Vertreter(in)/Betreuer(in)

SCS Stoma-Center Südwestfalen GmbH
IK-Nr.: 330594974

Telefon: 0 27 34/59 89 80
Telefax: 0 27 34/59 89 899