

# Rezeptempfangsvollmacht

Versichertendaten	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	PLZ/Ort
Geb.-Datum	Telefon
Krankenkasse	Versicherten-Nr.
Vertreter(in)/Betreuer(in)	

Sehr geehrtes Praxisteam,

ich habe von meinem Leistungserbringerwahlrecht Gebrauch gemacht und die MCS Medical Center Südwestfalen GmbH & Co. KG bestehend aus den Unternehmen: Sanitätshaus Enneper GmbH, RSC Reha Service Center GmbH, Fußorthopädie Kastl GmbH, SCS Stoma Center Südwestfalen GmbH als Versorger der von mir benötigten Hilfsmittel bestimmt. Damit verbunden ist die Einweisung und Anwendungsschulung in die von mir benötigten Produkte.

Ferner ermächtige ich hiermit die MCS Medical Center Südwestfalen GmbH & Co. KG in meinem Auftrag, die für die Versorgung benötigten Verordnungen (kurz: Hilfsmittelrezepte) in meinen Namen bei der Arztpraxis meiner Wahl rechtzeitig anzufordern. Desweiteren entbinde ich den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin sowie das Praxispersonal insoweit von ihrer Verpflichtung zur Wahrung des Sozialgeheimnisses und zum Datenschutz.

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass die Wahl des Leistungserbringers nicht durch Empfehlung oder Zuweisung durch den/die behandelten Arzt/Ärztin erfolgt ist. Um im Rahmen der unterschiedlichsten Regelungen und Verträge, die der Hilfs- und Heilmittelversorgung zugrunde liegen, meine Versorgung optimal zu organisieren, bitte ich das Praxisteam, die Rezepte direkt an die zuständige Filiale weiterzuleiten.

Eine Versorgung mit Hilfsmitteln durch die MCS Medical Center Südwestfalen GmbH & Co. KG kann erst zu Lasten meiner Krankenkasse erfolgen, wenn gültige Rezepte dem Leistungserbringer vorliegen und die Kostenerstattung mit meiner Krankenkasse abgeklärt ist. Damit es bei diesem Prozess nicht zu unnötigen Verzögerungen kommt, erteile ich hiermit diese Vollmacht.

Dieses Wahlrecht, die Vollmacht und die Entbindung vom Datenschutz kann ich jederzeit widerrufen.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter/Vertreter(in)/Betreuer(in)