

Datenschutzerklärung

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 informiert, dass meine personenbezogenen Daten nach den aktuellen Datenschutzrichtlinien für das Gesundheitswesen verarbeitet werden. Zur Abrechnung mit meiner Krankenkasse wird sich einer externen Abrechnungsstelle (opta data Abrechnungs GmbH) bedient, deren Mitarbeiter den gleichen Bestimmungen zum Datenschutz unterliegen.

Über das Patientenwahlrecht wurde ich informiert. Ich willige hiermit ein, dass mein behandelnder Arzt, mein Krankenhaus und meine Krankenkasse Daten über meine Versorgung sowie ein Rezept oder Entlassungsrezept an eines der vorgenannten Unternehmen weiterleitet.

Sollte zum Zwecke meiner Versorgung eine Fotodokumentation erstellt, oder im Rahmen meiner Versorgung meine Maße/Daten an einen Hersteller und meine Krankenkasse übersendet werden, erkläre ich mich damit ausdrücklich einverstanden.

Ich bin mit Angabe meines E-Mail-Accounts damit einverstanden, dass mir versorgungsrelevante Informationen (z. B. Liefertermine, Rechnungen, Auftragsbestätigungen) sowie Werbemaßnahmen, Einladungen, Marketingaktionen zugesendet werden.

Ich bin hiermit darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass meine leistungsbezogenen Daten zur weiteren Versorgung intern in der Unternehmensgruppe, in das entsprechende Fachteam/GmbH, an meine Krankenkasse sowie an andere Leistungserbringer weitergeleitet werden und erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden.

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen und löschen lassen kann, soweit es den gesetzlichen Bestimmungen nicht widerspricht.

Hiermit bevollmächtige ich den/die Pflegedienst/Betreuer(in) _____ für mich meine benötigten Hilfsmittel entgegenzunehmen und mir diese dann nach Hause zu liefern, da ich aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage bin, einem Lieferanten oder Paketdienst, die Türe zu öffnen.

Ich willige einer Auslieferung an Dritte (z. B. Nachbarschaft), auch über Zustelldienste, ein.

Ich willige ein, dass der Schriftverkehr über den/die Betreuer(in) _____ abgewickelt wird.

Besondere allgemeingültige Hinweise:
Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer Privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, oder die Leistung abgelehnt oder von den Kostenträgern gekürzt wird, ist der Patient ganz bzw. teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die in Anspruch genommene Leistung verpflichtet.

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