

# Wahlrechtsbestätigung

## SANIMED GmbH, Gildestr. 68, 49479 Ibbenbüren

\_\_\_\_\_  
**Versicherter: Name, Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Kundennummer**

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
**Krankenkasse**

\_\_\_\_\_  
Vers.-Nr.

\_\_\_\_\_  
Vertreter / Betreuer (Name, Vorname / Straße, Haus-Nr. / PLZ, Ort / Tel.-Nr.)

Die SANIMED GmbH hat mich umfassend in allen Fragen rund um das/die Hilfsmittel beraten.  
Die SANIMED GmbH ist der Leistungserbringer meiner Wahl. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit, jedoch frühestens nach Ablauf des Genehmigungszeitraums einen anderen Leistungserbringer wählen kann.

**Hiermit mache ich (gem. § 33 i.V. m § 2 Abs. 3 SGB V) von meinem Wahlrecht Gebrauch und übertrage der SANIMED GmbH den Versorgungsauftrag für die Belieferung mit Produkten zur**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Heimbeatmung</b>                  | <input type="checkbox"/> <b>Sauerstofftherapie</b> | <input type="checkbox"/> <b>Monitoring</b>     |
| <input type="checkbox"/> <b>Inhalations- und Atemtherapie</b> | <input type="checkbox"/> <b>Sekretmanagement</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Mobilisation</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Tracheostomaversorgung</b>        | <input type="checkbox"/> <b>Inkovers. aufsaug.</b> | <input type="checkbox"/> <b>Inkovers. abl.</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Enterale Ernährung</b>            | <input type="checkbox"/> <b>Stomaversorgungen</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Wundversorgung</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Pflegehilfsmittel</b>             | <input type="checkbox"/> _____                     |  |

mit Wirkung vom: \_\_\_\_\_ erlischt der Lieferauftrag meines bisherigen

Lieferanten, der Firma \_\_\_\_\_

Die Hilfsmittel zur Versorgung in den hier genannten Versorgungsfeldern dürfen ausschließlich von der SANIMED bezogen werden.

Bis zu einem möglichen Widerruf verpflichte ich mich, ab diesem Datum keine ärztliche Verordnung zu o. g. Versorgungsbereich an einen anderen Leistungserbringer zu geben oder Leistungen zu beziehen. Sich hieraus ggf. ergebende Doppelversorgungen werden nicht von meiner Krankenkasse übernommen und gehen zu meinen Lasten. Die so entstandenen Mehrkosten sind von mir zu tragen.

Die in dem Zusammenhang mit der Versorgung gelieferten verbleiben im Eigentum der SANIMED GmbH bzw, ihres Versorgungspartners und sind nur von diesen zu warten bzw. zu reparieren. Hiermit beauftrage ich die SANIMED GmbH meine Krankenkasse über meine Wahl zu informieren.

Ausdrücklich bestätige ich, dass die SANIMED zur Bestellung der zu meiner Hilfsmittelversorgung notwendigen Verordnungen berechtigt ist, wenn erforderlich.

Dieses schließt eine eventuelle Übergabe bzw. das Zusenden der Verordnungen an die SANIMED bzw. ihre Mitarbeiter durch meinen behandelnden Arzt mit ein. Die SANIMED GmbH kann ggf. zu meiner Beatmungs- bzw. Sauerstoffversorgung als weiteren Versorgungspartner die Löwenstein Medical SE & Co. KG beauftragen.

### **Datenübermittlung und Datenschutz**

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Versorgung meine Daten bzw. Krankheitsdaten an die SANIMED GmbH weitergegeben werden. Die SANIMED GmbH wird diese Daten vertraulich behandeln und nur unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen nutzen. Eine Weitergabe erfolgt zu Abrechnungszwecken an einen Abrechnungsdienstleister und den zuständigen Kostenträger (z. B. Krankenkasse). Darüber hinaus gestatte ich der SANIMED GmbH ggf. im Rahmen meiner Beatmungs- bzw. Sauerstoffversorgung meine Daten an die Löwenstein Medical SE & Co. KG weiterzugeben, soweit diese an meiner Versorgung beteiligt ist.

Weiterhin erfolgt eine anonymisierte Erfassung zu statistischen Zwecken.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen widerrufen kann. Bitte Beachten Sie: Je nach Vertrag ist ein Wechsel des Leistungserbringers aber ggf. nur zu bestimmten Zeitpunkten möglich. Hierzu geben wir Ihnen jederzeit gerne Auskunft.

Eine Kopie dieser Einwilligung ist mir ausgehändigt worden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters