

## 1. Angaben zum Versicherten/Kunden

Vorname:

Name:

Straße:

Nr.: Postleitzahl:

Ort:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

## 2. Ggf. gesetzl. Vertreter/Betreuer

Vorname:

Name:

Straße:

Nr.: Postleitzahl:

Ort:

## 3. Wahlrechtserklärung (gem. § 33 i. V. m. § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V)

Hiermit mache ich von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch und beauftrage die Firma

mit der Versorgung von Produkten zur respiratorischen Therapie.

Aktuell werde ich durch folgende Firma/Firmen beliefert:

Die genannte Firma beliefert mich mit Hilfsmitteln aus dem Bereich:

Tracheostoma	Beatmung	Schlafbezogene Atmungsstörungen	Sauerstofftherapie
Pulsoximetrie	Vernebler	Absaugung	

Ich spreche der Firma \_\_\_\_\_ mein vollstes Vertrauen aus und möchte, dass meine Versorgung ab sofort über diese Firma erfolgt, denn Sie ist der Leistungserbringer meiner Wahl.

### Ich wurde über folgende Punkte aufgeklärt:

- Die Hilfsmittel zur Versorgung bei Tracheostoma/Laryngektomie dürfen ausschließlich vom angegebenen Hilfsmittellieferanten bezogen werden.
- Die im Zusammenhang mit der Versorgung bei Tracheostoma/Laryngektomie gelieferten Geräte (Absauggeräte, Vernebler, Sprechhilfen) verbleiben im Eigentum des Hilfsmittellieferanten und sind ausschließlich von diesem zu reparieren und zu warten.
- Ein Wechsel zu einem anderen Lieferanten kann nur jeweils nach Ablauf des zuletzt genehmigten Versorgungszeitraums erfolgen.
- Ich verpflichte mich, die ärztliche Verordnung nicht an andere Leistungserbringer weiterzugeben. Im Falle einer Doppelversorgung werden die entstehenden Mehrkosten nicht von der Krankenkasse übernommen. Mir ist bekannt, dass die so entstandenen Mehrkosten von mir zu tragen sind.

Ferner bevollmächtige ich die Firma \_\_\_\_\_ für die Dauer und im Rahmen meiner Versorgung, ärztliche Verordnungen meine Person betreffend einzuholen und entgegenzunehmen sowie diese an meine Krankenkasse/-versicherung weiterzuleiten.

