



gut versorgt!

## Formular Kundenerstkontakt

Auftrag/Einwilligungen/Datenschutz

Name / Vorname:

Krankenversicherung:

Straße / Hausnummer:

Versicherungsnummer:

PLZ, Ort:

Behandelnder Arzt:

Telefonnummer:

privat versicher: ja/nein

Geburtsdatum:

### 1. Versorgungsauftrag

Hiermit beauftrage ich das Sanitätshaus Ilse mich mit folgenden Leistungen

ab sofort

ab dem:

allen benötigten Hilfsmitteln

den folgenden Produkten:

zu versorgen.

Die bestellten Produkte sollen bis auf Widerruf nicht an die oben genannte Adresse gesendet werden. Die abweichende Lieferadresse lautet:

### 2. Einwilligung

#### 2.1 Kontaktaufnahme mit behandelndem Arzt

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen bzgl. meiner medizinischen Versorgung zwischen dem Sanitätshaus Ilse und meinem behandelnden Arzt ausgetauscht werden dürfen.

#### 2.2 Entgegennahme von Versorgung

Ich bin damit einverstanden, dass das Sanitätshaus Ilse ärztliche Verordnungen beispielsweise durch Ärzte, Pflegepersonal entgegennehmen darf.

#### 2.3 Weiterleitung von Dokumenten an die Krankenkassen

Ich bin damit einverstanden, dass wichtige Dokumente (Erhebungsbögen u.Ä.) zur Klärung der Kostenübernahme an meine Krankenkasse weitergeleitet werden.

#### 2.4 Weiterleitung von Verordnung an Apotheken

Ich bin damit einverstanden, dass ärztliche Verordnungen der apothekenpflichtigen Produkte in Bezug auf meine Versorgung an die von mir gewählte Apotheke geleitet werden dürfen.

#### 2.5 Anfertigung von Fotos

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos/Videos meiner aktuellen Versorgungssituation an Dritte (Krankenkasse, Klinik etc.) bis auf Widerruf weitergeleitet werden dürfen.

#### 2.6 Handgriffe im Zusammenhang mit der Einweisung

Ich bin damit einverstanden, dass notwendige Handgriffe an meinem Körper in Zusammenhang mit meiner Einweisung durch einen Mitarbeiter des Sanitätshauses Ilse durchgeführt wird.

#### 2.7 Zukünftige Kontaktaufnahme

Ich bin damit einverstanden, dass telefonisch bzw. schriftlich Kontakt weiterhin zu mir aufgebaut wird.

#### Widerruf

Meine Einwilligung kann zu jeder Zeit telefonisch, oder schriftlich ganz oder teilweise zurückgezogen werden.

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Sofern zutreffend

Angehöriger

Betreuer

Name: