

PATIENTENWAHLRECHTSEKTLÄRUNG

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Ort		
E-Mail	Telefonnummer		
Krankenkasse	Versichertennummer		

aktueller Versorgungszeitraum beim bisherigen Leistungserbringer endet zum (falls bekannt)

Ich bin auf die Möglichkeit der freien Wahl eines Leistungserbringers hingewiesen worden und möchte zukünftig bis auf Widerruf von der speziMED GmbH mit Hilfsmitteln, Insulinpumpenzubehör, Teststreifen und Verbandsmaterial versorgt und betreut werden (im Rahmen von Einzelverordnungen, Pauschal- oder Dauerversorgung). Ein Wechsel des versorgenden Leistungserbringers ist dem Versicherten im Anschluss an den genehmigten Versorgungszeitraum möglich. **Der Leistungserbringer ist zwingend über den Wechsel schriftlich zu informieren.**

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DATENVERARBEITUNG

Zur Durchführung meiner Versorgung bin ich damit einverstanden, dass speziMED meine personenbezogenen Daten nutzt, speichert und verarbeitet, soweit dies für meine Versorgung erforderlich ist. **Dies gilt ausdrücklich auch für medizinische Daten, wie Befunde, Behandlungsdaten, Therapieanordnungen und Verordnungen.** Meine personenbezogenen Daten werden gespeichert, solange es meine Versorgung sowie steuer- und handelsrechtliche Aufbewahrungsfristen erfordern.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Der Widerruf ist schriftlich an die speziMED GmbH, Querweg 3, 01454 Radeberg zu richten.

Ort	Datum	Unterschrift des Anspruchsberechtigten oder dessen gesetzlichen Vertreters
-----	-------	--

EINVERSTÄNDNIS ZUR KONTAKTAUFNAHME

Ich möchte den speziMED Info-Service nutzen und regelmäßig über neue Entwicklungen, interessante Produkte für den Diabetes-Alltag sowie Dienstleistungen von der speziMED GmbH informiert werden. Zu diesem Zweck bin ich mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten durch die speziMED GmbH einverstanden. Ich bin einverstanden, dass mich die speziMED GmbH dazu gegebenenfalls kontaktiert (Zutreffendes bitte ankreuzen).

per Telefon per Post per E-Mail Ich wünsche keinen Kontakt.

Diese Anforderung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Es genügt eine kurze Mitteilung telefonisch: 0800 5217222 oder per E-Mail: info@speziMED.net oder per Post an speziMED GmbH, Postfach 11 01 51, 01330 Dresden.

Ort	Datum	Unterschrift ggf. des gesetzlichen Vertreters
-----	-------	---

Weitere datenschutzrechtliche Hinweise finden Sie auf unserer Website www.speziMED.net oder in unseren Diabetesfachgeschäften, auf Anfrage schicken wir Ihnen die Information auch gern zu.