

# Wahlrechtserklärung und Einverständniserklärung zur Speicherung, Nutzung, Bearbeitung und Weitergabe personenbezogener Daten

## Versicherungsdaten:

Nach-/ Vorname:		Geburtsdatum:	
Straße:		Krankenkasse:	
PLZ:		Vers.-Nr.:	
Ort:		Tel.-Nr.:	
Nach-/Vorname ges. Vertretung:		Tel.-Nr. ges. Vertretung:	

## Wahl des Leistungserbringers / Hilfsmittelversorgers

Ich wurde auf die Möglichkeit der freien Wahl eines Leistungserbringers hingewiesen und möchte zukünftig ausschließlich von der NRI Medizintechnik GmbH in nachstehenden Versorgungsbereichen mit Hilfsmitteln und Zubehörmaterialien versorgt und betreut werden.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie    | <input type="checkbox"/> Infusionstherapie      | <input type="checkbox"/> Inhalations- / Atemtherapie |
| <input type="checkbox"/> Schlaf-Apnoe-Therapie | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie        | <input type="checkbox"/> Monitoring / Pulsoximetrie  |
| <input type="checkbox"/> Beatmungstherapie     | <input type="checkbox"/> Tracheostomaversorgung | <input type="checkbox"/> Sekretmanagement            |

## Datenschutzerklärung

Ich bin einverstanden, dass meine persönlichen Daten und alle für die Versorgung notwendigen Informationen an die NRI Medizintechnik GmbH weitergeleitet werden. Die NRI Medizintechnik GmbH verpflichtet sich diese Daten und Informationen vertraulich und nur unter der Beachtung der aktuellen Datenschutzbestimmungen zu erfassen, zu nutzen (um z.B. notwendige Rezepte direkt bei meinen behandelnden Ärzten anzufordern) und weiterzuleiten. Einer Weitergabe der Daten und Informationen an den Kostenträger und einer anonymisierten statischen Erfassung habe ich explizit zugestimmt.

Je nach vertraglicher Regelung mit dem Kostenträger kann ein Wechsel des Leistungserbringers ggf. erst nach einer vertraglich bestimmten Wartezeit erfolgen. Ich kann jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne nachteilige Auswirkungen für meinen Kostenträger meine Einwilligung und meine Wahl des Leistungserbringers widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum      Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r oder gesetzliche Vertretung/Betreuung