

**Kundenservice**

☎ 030 755 11 200

📠 030 755 11 299

procare@krieger-gesundheit.de

**Lieferantenwahl****Versicherte\*r**

Vorname:	Nachname:	Kundennummer:	
Straße & Hausnummer:		PLZ:	Ort:
Telefon:		E-Mail:	
Geburtsdatum:	Versichertennummer:	Krankenkasse:	

**Betreuer\*in / Vertreter\*in (wenn zutreffend)**

Vorname:	Nachname:		
Straße & Hausnummer:		PLZ:	Ort:
Telefon:	E-Mail:	Fax:	

**Versorgung:** Hiermit beauftrage ich die **KRIEGER Patientenversorgung GmbH** als Leistungserbringer für die Versorgung mit:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln | <input type="radio"/> Zusatznahrung       | <input type="radio"/> Pflegehilfsmitteln |
| <input type="radio"/> ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln  | <input type="radio"/> enteraler Ernährung | <input type="radio"/> Stoma-Artikeln     |

Ich wünsche den Versorgungsbeginn ab  /  (Frühestens ab Genehmigung der Krankenkasse.)  
MM / JJJJ

Mir ist bekannt, dass ich einen anderen Lieferanten wählen kann, jedoch innerhalb eines Monats nicht von mehreren Lieferanten Produkte beziehen darf. Änderungen teile ich sofort schriftlich mit. Versäumnisse können zu meinen Lasten gehen.

 **Rezeptanforderung** (Unser Service für Sie)

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt/ meine Ärztin die auf mich ausgestellten ärztlichen Verordnungen/ Rezepte über Hilfsmittel gemäß § 33 SGB V direkt an den oben genannten Leistungserbringer übermitteln darf, um eine optimale Versorgungsqualität zu gewährleisten.

**Datenschutz:** Meine Daten dürfen von der KRIEGER Patientenversorgung GmbH nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 28 DSGVO und der zur Versorgung und Abrechnung notwendigen Vorgänge an Mitwirkende meiner Versorgung weitergegeben werden. Ich kann mein Einverständnis zur Datenverarbeitung jederzeit widerrufen, Auskunft über meine Daten einholen oder diese löschen lassen. Auch entbinde ich die KRIEGER Patientenversorgung GmbH gemäß § 203 StGB von der Schweigepflicht gegenüber der Krankenkasse, dem/der behandelnden Arzt/Ärztin sowie medizinischen Diensten oder betreuendem Personal (falls zutreffend).

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift der/des Versicherten (ggf. Betreuer*in / Vertreter*in)

Kundennummer der Einrichtung:
Stempel der Einrichtung (falls zutreffend)
Wohnbereich: