

# Versicherteninformation

## Inkontinenzversorgung für:

Name, Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

Einrichtung

► Vor Beginn der Versorgung durch uns / für die erste Belieferung benötigen wir dieses Dokument unterschrieben von Ihnen zurück! Nutzen Sie hierfür gerne den beigefügten Freiumschlag.

Wir, die Hombberger GmbH, versorgen Sie gerne im Auftrag Ihrer Krankenkasse mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln inkl. aller Dienst- und Serviceleistungen.

Sämtliche benötigte Hilfsmittel aus der Produktgruppe „aufsaugende Inkontinenzartikel“ sind ausschließlich über uns zu beziehen. Wird parallel zu unserem Versorgungsauftrag ein anderer/weiterer Leistungserbringer von Ihnen mit der Belieferung der zuvor genannten Produkte beauftragt, sind die dadurch entstehenden Kosten von Ihnen zu tragen und werden in Rechnung gestellt.

Liegt Ihnen ein Befreiungsausweis Ihrer Krankenkasse vor, ist uns dieser unaufgefordert in Kopie vorzulegen. Liegt keine Zuzahlungsbefreiung vor, ist die gesetzliche Zuzahlung (10% der Pauschale; max. 10€) zu entrichten.

**Bitte beachten:** Zum Ende jeden Jahres verlieren alle Befreiungsausweise ihre Gültigkeit. Die Zuzahlungsbefreiung muss also jedes Jahr erneut vorgelegt werden.

Sollte sich ein Wohnortwechsel (z. B. Einzug oder Auszug in ein Pflegeheim) oder andere Änderungen Ihrer Kundendaten ergeben, bitten wir Sie uns umgehen zu informieren.

Der Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer ist frühestens zum Monatsbeginn, abgestimmt auf den Lieferumfang und Versorgungszeitraum der letzten Lieferung, möglich. Hierfür sind sowohl der bisherige als auch der zukünftige Leistungserbringer zu informieren. Das Versorgungsende muss durch den aktuellen Leistungserbringer schriftlich bestätigt werden bevor der Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer stattfinden kann.

Die Inhalte dieser Information und Vereinbarung habe ich verstanden und stimme dem zu.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r Vertreter/in Betreuer/in  
 (Bitte kenntlich machen.)

