

Versorgungsbestätigung, Mehrkostenvereinbarung und Datenschutzerklärung

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!

- 1 Hiermit bestätige ich, ab dem _____ meine Produkte zur Inkontinenzversorgung über die Firma Hombberger GmbH zu beziehen. Diese Bestätigung gilt bis auf Widerruf.
- 2 Bei einem Leistungserbringerwechsel verpflichte ich mich der Firma Hombberger GmbH diesen unverzüglich mitzuteilen. Der Leistungserbringer kann jederzeit gewechselt werden.
- 3 Ein Beratungsgespräch ggf. mit dem Pflegepersonal, einschließlich therapeutischer Maßnahmen hat stattgefunden und der Patient ist mit der gemeinsam festgelegten Versorgung einverstanden.
- 4 Die Patientin/der Patient wurde informiert, dass sie/er eine wirtschaftliche Aufzahlung zu leisten hat, insofern die medizinisch notwendige Versorgung überschritten wird. Die Aufzahlungen sind abhängig von Auswahl und Umfang der tatsächlich benötigten Menge und werden bei Überschreitung vor der Erstlieferung mitgeteilt.
- 5 Hiermit erteile ich der Hombberger GmbH den Auftrag Inkontinenzprodukte für mich selbst zu liefern und somit meine für die Abwicklung des Auftrages erforderlichen oben genannten personenbezogenen Daten zu verarbeiten oder, falls zur Abrechnung notwendig, weiterzugeben. Ihre Daten werden nach Art. 4 DS-GVO ausschließlich zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt: Zur Bestellung, Belieferung und Abrechnung

Hinweise:

Die Verwendung der Daten erfolgt ausschließlich zur Abwicklung des Versorgungsauftrages. Eine Verwendung oder Weitergabe, zu anderen Zwecken an Dritte, ist ausgeschlossen.

- Sind Ihre personenbezogenen Daten für die Zwecke, für die sie erhoben wurden, oder für eine gesetzliche Aufbewahrungsfrist nicht mehr notwendig, werden Ihre Daten gelöscht.
- Sie haben jederzeit das Recht auf Löschung, Sperrung und Berichtigung Ihrer Daten.
- Sie können die Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
- Sie können kostenlos Auskunft über Ihre beim Unternehmen gespeicherten Daten erhalten. Bitte wenden Sie sich dafür an: abrechnung@hombberger.de oder 036421 376-0

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

Angehöriger / Betreuer / Rechnungsanschrift

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Ort, Datum _____

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

