



## Aufklärung über das freie Wahlrecht des Leistungsempfängers gem. § 33 Abs. 6 SGB V

Ich bin von .....  
Versorgungspartner

durch .....  
Name des Mitarbeiters des Versorgungspartners

darüber aufgeklärt worden, dass ich mir unter mehreren Anbietern aussuchen kann, von wem ich mit Inkontinenzprodukten (Inkontinenzhilfsmittel und zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln) versorgt werden will. Denn hinsichtlich der Versorgung mit Hilfsmitteln (zu welchen auch verordnete Inkontinenzhilfsmittel und zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel zählen) kann ich nach dem Gesetz gem. § 33 Abs. 6 SGB V frei zwischen all denjenigen Leistungserbringern wählen, die Vertragspartner meiner Krankenkasse sind.

Schließlich ist mir von .....  
Versorgungspartner angeboten worden,

mich bei der Kontaktaufnahme mit meiner Krankenkasse zu unterstützen, wenn ich dies möchte.

.....  
Ort, Datum

.....  
Ort, Datum

.....  
Name und Funktion des Mitarbeiters von

.....  
Name des Versicherten

.....  
Versorgungspartner

Für Ihre Unterlagen



## I. Erklärung zur Versorgung durch die PAUL HARTMANN AG

- Hiermit bestätige ich, ab sofort meine Produkte zur Inkontinenzversorgung (Inkontinenzhilfsmittel) über die Firma PAUL HARTMANN AG zu beziehen. Diese Bestätigung gilt bis auf Widerruf.
- Bei einem Wechsel des Versorgers in der Zukunft habe ich diesen Wechsel der Firma PAUL HARTMANN AG mitzuteilen.
- Sofern seitens der Krankenkasse eine gesonderte Versorgungsbestätigung gewünscht wird, sendet die PAUL HARTMANN AG diese noch einmal zu.
- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich als Versicherter einer gesetzlichen Krankenversicherung alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen kann, die Vertragspartner meiner Krankenkasse sind (§ 33 Abs. 6 Satz 1 SGB V). Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, mich bei meiner Krankenkasse zu informieren, wer ihre Vertragspartner sind und dass ich unter diesen Vertragspartnern frei wählen kann (§ 127 Abs. 5 Satz 1 SGB V). Mir ist bekannt, dass ich diese Wahl jederzeit (bei Dienstleistungspauschalen nach Ablauf des Versorgungszeitraums) widerrufen und einen anderen Leistungserbringer meines Vertrauens wählen kann. Das Aufklärungsblatt wurde mir zur Verfügung gestellt.

Versorgung ab

Versichertenname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Inko  
(zurück an HARTMANN)



## II. Datenschutzerklärung

---

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, insbesondere auch alle notwendigen medizinischen Informationen, an die PAUL HARTMANN AG weitergegeben bzw. übermittelt und dort zum Zwecke der Versorgung mit Inkontinenzprodukten verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

**Abteilung Datenschutz (CFO-DPM) der PAUL HARTMANN AG in 89522 Heidenheim**

Im Fall des Widerrufs werden meine Daten bei der PAUL HARTMANN AG unverzüglich gelöscht.

.....  
Versichertenname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten



# Melde- und Anamnesebogen

zur Inkontinenzversorgung

Fax: 07321 36 3661

Kundenname .....

Kundennummer .....

Versichertenname (Nachname, Vorname) .....

Versicherungsnummer .....

Krankenkasse .....

**Fragen zur Einstellung:**  Anbieterwechsel  kein Anbieterwechsel

**Inkontinenzart:**  Urin  Kleine Mengen  Größere Mengen  Kompl. Blasenentleerung  
 Stuhl Stuhlfrequenz ...../24 Std.  Blasenkatheter

**Inkontinenzverhalten:**  vermehrt am Tag  vermehrt in der Nacht  Sondennahrung

Trinkmenge in Liter pro 24 Std.: .....  
Medikamente (Diuretika, Antidiabetika, Blutdruck) .....

**Mobilität:**  Mobil  eingeschränkt mobil  Rollstuhl  bettlägerig

Hautzustand Intimbereich/Gesäß ..... Verwendung von Cremes/Salben .....

Allergien ..... Relevante Grunderkrankungen .....

**Toilettengang:**  selbstständig  mit Hilfe  Versorgung im Bett

**Versorgung durch:**  Pflegedienst  Pflegekraft  Angehöriger  selbstständig

Konfektionsgröße/Hüftumfang: .....

**Produkt:** ..... Stk./24 Stunden: .....  
..... Stk./24 Stunden: .....  
..... Stk./24 Stunden: .....

Über die wirtschaftliche Aufzahlung informiert: .....

Bemerkungen/Besonderheiten: .....

Ort, Datum .....

Stempel / Name Mitarbeiter .....

DOKU KK



# Rezeptbegleitbogen

Inkontinenzversorgung (P1V)

Fax: 07321 36 3661

Partner

Kundennummer

Versichertenname (Nachname, Vorname)

Geburtsdatum

Straße, Nr.

Stempel

PLZ, Ort

Lieferadresse (wenn von Adresse abweichend)

Ansprechpartner

Telefonnummer

Versicherungsnummer

Krankenkasse

Kassen-Nummer

**Zahlungsbefreiung:**

**Nein**

**Ja** (Kopie Befreiungsausweis liegt bei)

**Versorgung:**

St./Tag

Produktname

**Lieferautomatik:**

**Ja**

**Nein**

**Lieferintervall:**

**2-monatlich**

**3-monatlich**

**Pflegegrad:**

**1**

**2**

**3**

**4**

**5**

# KOPIE REZEPT

Rezept per Fax vorab,  
Originalrezept folgt per Post!