



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)