

Auftrag zur Versorgung mit Medizinprodukten

Versorgender Leistungserbringer:

AGV Medical Care GmbH, Borgfeldtstraße 2, 07607 Eisenberg

Tel: 036691/883010

Fax: 036691/883011

Versicherte/r: Herr/Frau

Vorname, Name

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

Krankenkasse

PLZ/Ort

Versicherungsnummer

☐ Tracheotomie ☐ Komplex ☐ Wundversorgung ☐ enterale Ernährung ☐ Stoma (Uro, Kolo usw.)

1. Wahlrecht:

Hiermit bestätige ich, dass ich darüber aufgeklärt wurde, dass ich als gesetzlich Krankenversicherter **frei entscheiden kann**, welches Unternehmen mich mit Hilfs- und Verbandsmitteln versorgen soll, sofern das Unternehmen von der Krankenkasse im Bereich SGB V, 33, Abs. 6 zugelassen ist.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass ich mit den verordneten Versorgungsmaterial **durch die Firma AGV Medical Care GmbH versorgt werden möchte.**

2. Dokumentation und Beratung zur Hilfsmittelversorgung:

Der genannte Leistungserbringer hat die /den Versicherte/n vor Inanspruchnahme der Leistung darüber beraten, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelnen geeignet und notwendig sind. Die / Der Versicherte bestätigt, dass ihr/ihm eine hinreichende Auswahl aufzahlungsfreier Produkte für die Versorgung angeboten wurde.

Datum der Verordnung	Verordnetes Hilfsmittel	Wirtschaftliche Aufzahlung

Die/ Der Versicherte erklärt, dass er

die Versorgung mit einem aufzahlungsfreien Produkt (mit Ausnahme der gesetzl. Zuzahlung wünscht Oder die Versorgung mit dem folgenden aufzahlungspflichtigen Produkten wünscht. Die / Der Versicherte bestätigt, dass er diese Kosten sowie anfallende Folgekosten, welche durch die höherwertige Versorgung ausgelöst werden, selber zu tragen.

3. Rezeptauftrag:

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Arzt/Ärztin die auf mich ausgestellten Rezepte an die Mitarbeiter des genannten Unternehmens persönlich oder postalisch weitergeben darf/dürfen. Die Klärung der Kostenübernahme (Kostenvoranschläge) durch die Krankenkasse wird von der Abteilung AGV Medical Care übernommen. Der Patient, der Angehörige, das Pflegepersonal wurde in die Anwendung der nicht apothekenpflichtigen Produkte eingewiesen und aufgeklärt.

4. Leihgeräte

Mir ist bewusst, dass die im Zusammenhang mit der Versorgung gelieferten Geräte im Eigentum der Abteilung AGV Medical Care verbleiben und ausschließlich vom genannten Unternehmen zu warten und zu reparieren sind.

5. Fotodokumentation:

Mit einer versorgungsbezogenen Fotodokumentation, u.a. zur Vorlage bei der Krankenkasse bin ich einverstanden.

6. Datenschutz

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass meine Personenbezogenen Daten zum Zwecke meiner Versorgung (Bestellung, Verpackung, Belieferung, Abrechnung) von dem genannten Unternehmen sowie damit verbundene Unternehmen unter Beachtung der Datenschutzrechtlichen Bestimmung erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Folgenden Punkten gebe ich meine Zustimmung:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten oder gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter

Ort/Datum

Unterschrift des Mitarbeiters