



My MediCare Box

Pflegehilfsmittel

Patientenerklärung zur Wahl des Leistungsbringers /
(falls zutreffend) Kündigung des bisherigen Leistungsbringers

Name, Vorname Versicherter

Anschrift

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Krankenkasse & V.-Nr.

1. Wahl des Leistungsbringers

Ich mache von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch und beauftrage mit sofortiger Wirkung aus der Vielzahl der Leistungsbringer die Firma My MediCare Box IK 330504759 (nachfolgend: Versorger genannt) mit der Versorgung mit benötigten Pflegehilfsmitteln entsprechend meinem Anspruch gemäß §40 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) XI.

2. Einwilligung Datenweitergabe

Der Versorger verarbeitet meine personalbezogenen Daten zur Abwicklung der Bestellung und zu Abrechnungszwecken. Zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung verarbeitet der Versorger meine Daten in anonymer Form. Die Daten werden beim Versorger automatisiert verarbeitet.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Versorger widerrufen kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherten

ggf. Unterschrift des
Gesetzl. Betreuers oder
des Bevollmächtigten