Wahlrechtserklärung

Angaben zum Versicherten/Kunden

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Krankenkasse

Versichertennummer

Ggf. gesetzl. Vertreter/Betreuer:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Wahlrechtserklärung (gem. § 33 i. V. m. § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V)

Hiermit mache ich von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch und beauftrage die Firma ResMed GmbH & Co. KG / ResMed Medizintechnik GmbH (nachfolgend "ResMed" genannt) mit der Versorgung von Produkten zur respiratorischen Therapie.

Aktuell werde ich durch die Firma/Firmen _____ mit Hilfsmitteln aus dem Bereich

Tracheostoma Beatmung schlafbezogene Atmungsstörungen Sauerstofftherapie
 Pulsoximetrie/Monitoring Vernebler Absaugung beliefert.

Ich spreche der Firma ResMed mein vollstes Vertrauen aus und möchte, dass meine Versorgung ab sofort über ResMed erfolgt. ResMed ist der Leistungserbringer meiner Wahl.

Ich wurde über folgende Punkte aufgeklärt:

- Die Hilfsmittel zur Versorgung bei Tracheostoma/Laryngektomie dürfen ausschließlich vom angegebenen Hilfsmittellieferanten bezogen werden.
- Die im Zusammenhang mit der Versorgung bei Tracheostoma/Laryngektomie gelieferten Geräte (Absauggeräte, Vernebler, Sprechhilfen) verbleiben im Eigentum des Hilfsmittellieferanten und sind ausschließlich von diesem zu reparieren und zu warten.
- Ein Wechsel zu einem anderen Lieferanten kann nur jeweils nach Ablauf des zuletzt genehmigten Versorgungszeitraums erfolgen.
- Ich verpflichte mich, die ärztliche Verordnung nicht an andere Leistungserbringer weiterzugeben. Im Falle einer Doppelversorgung werden die entstehenden Mehrkosten nicht von der Krankenkasse übernommen. Mir ist bekannt, dass die so entstandenen Mehrkosten von mir zu tragen sind.

Ferner bevollmächtige ich ResMed für die Dauer und im Rahmen meiner Versorgung, ärztliche Verordnungen meine Person betreffend einzuholen und entgegenzunehmen sowie diese an meine Krankenkasse/-versicherung weiterzuleiten.

Kontaktdaten meines behandelnden Arztes: Name _____

Straße _____ PLZ/Ort _____ Telefon _____

Ich willige ein, dass mein vorgenannter behandelnder Arzt die für die Durchführung dieser Versorgung erforderlichen medizinischen Unterlagen an ResMed weiterleitet. Meine Wahl für die ResMed GmbH & Co. KG habe ich freiwillig getroffen.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung bzw. Bevollmächtigung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Als E-Mail-Kontakt steht mir für den Widerruf die Adresse wahlrechtserklaerung@resmed.de zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter / Kunde / gesetzl. Vertreter / Betreuer*

*Nichtzutreffendes streichen