

Wahlrechtserklärung

Angaben zur versicherten Person

Anrede

Kundennummer

Name

Geburtsdatum

Adresse

PLZ

Ort

Krankenkasse

Telefon

Versichertennummer

Mobiltelefon

Versichertenstatus

E-Mail

Betreuende Person (falls zutreffend, bitte Kopie des Betreuerausweises mitsenden)

Gerät

Aktuelle Druckwerte Ihres Gerätes

Pauschalende bei aktuellem Versorger

Maske

Luftbefeuchter

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 (nachfolgend „Resmed Healthcare“ genannt) mit der Versorgung von Produkten zur respiratorischen Therapie.

Aktuell werde ich durch die Firma/Firmen _____
mit Hilfsmitteln aus dem Bereich schlafbezogener Atmungsstörungen beliefert.

Ich bin damit einverstanden, dass Resmed Healthcare meinen bisherigen Leistungserbringer über meinen Wechsel informiert und für mich die Versorgung in den angegebenen Therapiebereichen durch meinen bisherigen Leistungserbringer zum nächstmöglichen Zeitpunkt kündigt.

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

Ich wurde über folgende Punkte aufgeklärt

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

Kontaktdaten Ärzt:in

Name _____

Straße, PLZ/Ort _____

Telefon _____

Ich willige ein, dass meine vorgenannte Ärzt:in die für die Durchführung dieser Versorgung erforderlichen medizinischen Unterlagen an Resmed Healthcare weiterleitet. 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 kontakt@resmed.de zur Verfügung.

Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter www.resmed.de/datenschutz.

Ort Datum Unterschrift

Sehr geehrte:r Patient:in,

wir freuen uns, Sie als Anwender:in eines Geräts der Firma Resmed bei Ihrer Therapie begleiten zu dürfen. Gerne übernehmen wir im Rahmen unserer Verantwortlichkeiten die weiteren Schritte in Bezug auf Ihre Versorgung durch uns, um eine fortlaufende und reibungslose Therapie zu gewährleisten.

Mit Ihrer Zustimmung (bitte entsprechend auf der Wahlrechtserklärung ankreuzen) kümmern wir uns auch gerne darum, Ihren bisherigen Versorger über Ihren Wechsel zu informieren und diesem zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu kündigen.

Sobald die Versorgung abschließend mit Ihrer Krankenkasse geklärt ist, erhalten Sie ein Informationsschreiben von uns. Bitte informieren Sie sich bis dahin bei Ihrem vorherigen Leistungserbringer über die Vorgehensweise der Rückgabe Ihres bisherigen Therapiegerätes.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihr bisheriges Therapiegerät behalten, falls es sich um ein Hilfsmittel handelt, das im Eigentum Ihrer Krankenkasse ist („Kassengerät“).

Ihre Krankenkasse und die Firma ResMed GmbH & Co.KG haben eine Hilfsmittelvereinbarung über die Versorgung mit Atemtherapiegeräten getroffen.

Diese Vereinbarung beinhaltet für Sie folgende Punkte

1. Versorgung mit einem Therapiegerät der Firma ResMed GmbH & Co. KG auf Grundlage der ärztlichen Verordnung. Zum Ablauf des Versorgungszeitraums setzen wir uns rechtzeitig mit Ihnen bezüglich der Weiterführung der Therapie in Verbindung.
2. Bei wartungspflichtigen Geräten liegt die Instandhaltung (Wartung) gemäß Herstellerangaben und die Instandsetzung (Reparatur) während der Nutzungszeit bei der Firma ResMed GmbH & Co. KG.
3. Versorgung mit Zubehör in medizinisch notwendigem Umfang (z. B. Masken, Maskenbänder, Atemschlauch, Filter, etc.) während der Nutzungszeit durch die Firma ResMed GmbH & Co. KG.
4. Information und Beratung über Anwendung und Pflege des Atemtherapiegerätes und des Zubehörs während der Nutzungszeit durch die Firma ResMed GmbH & Co. KG.

Die Vereinbarung bedeutet, dass Resmed Healthcare für Sie der alleinige Ansprechpartner ist.

Wichtige Hinweise

Extrakosten sind durch die o.g. Hilfsmittelvereinbarung nicht abgedeckt und werden privat in Rechnung gestellt. Darunter fallen z. B. Bestellung von Zubehör, Instandhaltung oder Instandsetzung bei anderen Firmen sowie zusätzliche Artikel, die außerhalb des medizinisch notwendigen Umfangs benötigt werden.

Ihr Wohlbefinden im Rahmen der Therapie liegt auch in Ihren Händen. Sie selbst beeinflussen den erfolgreichen und reibungslosen Verlauf der Therapie, nicht zuletzt durch die richtige Anwendung und Pflege von Gerät und Zubehör. Wir bitten Sie daher um genaue Beachtung der Gebrauchsanweisung.

Sollten Sie Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeitenden im Patientenwahlrecht gerne zur Verfügung.

Kostenfreie Service-Nummer: 0800 – 2 777 000

Montag – Freitag 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr

Wir freuen uns über Ihr Vertrauen und bedanken uns schon heute für Ihre Mithilfe.

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Therapie.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Resmed Healthcare

ResMed GmbH & Co. KG Mahatma-Gandhi-Platz 3, 81248 München
T +49 89 9901-0 F +49 89 9901-1055 E kontakt@resmed.de

Geschäftsführer: Isabel Niebelschütz, Sascha Kreckmann

Commerzbank AG München, BLZ 700 400 41, KTO 216 2501 00
IBAN DE30 7004 0041 0216 2501 00, SWIFT-BIC COBADEFFXXX

Amtsgericht München HRB 85330

VAT-Nr. DE 812 129 925

IK Nr. 590 914 447

WEEE-Reg.-Nr. DE 95 744 889

ResMed-Healthcare.de