

Ärztliche Verordnung und Antrag auf Kostenübernahme für einen Atemgasbefeuchter (NIV)



Name, Vorname	Krankenkasse
Geburtsdatum	Versichertennummer
Straße, Nr.	Telefon
PLZ, Ort	Mobil

Diagnose

Tag der Verlegung/Entlassung	Verlegung/ Entlassung nach
Ansprechpartner	Telefon

Der obengenannte Patient wurde am ____/____/____ von uns mit einem Schlaftherapiegerät des Typen _____ versorgt.

Wegen der rezidivierend auftretenden behinderten Nasenatmung mit anschwellenden und trockenen Nasenschleimhäuten und Rachenraum verordnen wir zu dem bereits erhaltenen Schlaftherapiegerät einen dazu passenden Warmluftbefeuchter um die Kontinuität der Therapie nicht zu gefährden.

Befeuchter Typ: _____

Die Firma Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH übernimmt die Lieferung und Einweisung in den richtigen Gebrauch der Hilfsmittel nach dem Medizinproduktegesetz. Sie steht auch nach Entlassung bei Problemen, u.a. mit einem 24-Stunden Notdienst zur Verfügung.

Wir bitten im Namen des Versicherten um Kostenübernahme.

Besonderheiten:

Datum	Unterschrift Arzt/ Stempel
-------	----------------------------

Hinweis zum Patientenwahlrecht

Mir steht als gesetzlich versicherter Person ein Wahlrecht hinsichtlich des Hilfsmittel-Leistungserbringers im Rahmen der § 33 Abs. 6 SGB V, § 33 SGB I, GG Art. 2 Abs. 2 zu.

Hiermit bringe ich meinen Willen zum Ausdruck, die ärztliche verordnete Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Therapie durch die Firma Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, Schnieglinger Str. 162, 90425 Nürnberg durchführen zu lassen.

<i>Ort/ Datum</i>	<i>Name, Vorname</i>	<i>Unterschrift</i>
-------------------	----------------------	---------------------

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Firma Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH erheben, verarbeiten und nutzen wir, die Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, die mit Ihrer Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit, die als „personenbezogene Daten besonderer Art“ nach dem Bundesdatenschutzgesetz besonderem Schutz unterliegen. Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung übermitteln wir, die Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, Ihre Daten ggf. auch an Ihre Krankenversicherung, soweit diese die Daten für die Abrechnung mit Ihnen oder mit uns benötigt.

Wir, die Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, werden Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen des vorstehend beschriebenen Umfangs und für die genannten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen und insbesondere, mit Ausnahme Ihrer Krankenversicherung und den vorstehend genannten Unternehmen, nicht an Dritte übermitteln.

Ich erkläre hiermit die Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten (einschließlich meiner im Rahmen der Versorgung erhobenen, gespeicherten oder genutzten Gesundheitsdaten) im vorstehend beschriebenen Umfang.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen!

<i>Ort/ Datum</i>	<i>Name, Vorname</i>	<i>Unterschrift</i>
-------------------	----------------------	---------------------