

Zustimmung zum Patientenwahlrecht

(für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln)

Kundeninformation
zu Ihrer Heil- und
Hilfsmittelversorgung



1. Zustimmung zum Patientenwahlrecht / Beauftragung zur Versorgung:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kundennummer (falls vorhanden): _____

Hiermit mache ich von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch und beauftrage die Firma

Sanitätshaus WFP GmbH

Bauhofstr. 8

91443 Scheinfeld

mit meiner Versorgung mit den durch ärztliche Verordnung vorgesehenen Heil- und Hilfsmitteln.

Mir ist bekannt, dass die Auswahl des Leistungserbringers freiwillig erfolgt.

Zur Durchführung der Versorgung verarbeitet und übermittelt die Sanitätshaus WFP GmbH erforderliche personenbezogene Daten einschließlich Gesundheitsdaten an behandelnde Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Kostenträger und sonstige an der Versorgung beteiligte Stellen, soweit dies zur Versorgung und Abrechnung erforderlich ist.

Ort, Datum

X

Unterschrift gesetzl. Vertreter/ Patient

Name in Druckbuchstaben

2. Rechnungsversand per E-Mail:

☐ ja

☐ nein

Ich willige ein, dass mir Rechnungen und andere abrechnungsbezogene Unterlagen per E-Mail an die unten angegebene Adresse zugesendet werden. Mir ist bekannt, dass der Versand per unverschlüsselter E-Mail Sicherheitsrisiken bergen kann.

-----@-----
Mailadresse in Druckbuchstaben

3. Widerruf

Die Einwilligung zum Rechnungsversand per E-Mail kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt hiervon unberührt (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Soweit die Verarbeitung auf Art. 6 Abs. 1 lit. e oder f DSGVO beruht, besteht außerdem ein Widerspruchsrecht nach Art. 21 DSGVO.

Widerrufe oder Datenschutzanfragen können gerichtet werden an: Sanitätshaus WFP GmbH

E-Mail: datenschutz@wfp-gmbh.de

Ort, Datum

X

Unterschrift gesetzl. Vertreter/ Patient