

Anlage 4 – Wahlrechtserklärung der Versicherten PG 29

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und möchte ab

(Monat und Jahr)

über nachfolgend genannten Leistungserbringer mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie versorgt werden.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich von keinem weiteren Leistungserbringer mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie versorgt werde.

Name des Leistungserbringers: _____

Name der/des Versicherten: _____

Krankenversichertennummer: _____

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder
des/der gesetzlichen Betreuers/in

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Versorgung mit Stomaartikeln nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte.