

Patienteninformation im Rahmen der Hilfsmittelversorgung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sollen aufgrund einer ärztlichen Versorgungsanforderung bzw. einer Verordnung vom

mit folgendem(n) Hilfsmittel(n)

versorgt werden.

Wir möchten Sie darüber informieren und aufklären, dass Sie als Patientin / als Patient in aller Regel ein Wahlrecht für den Leistungserbringer haben, der Sie mit dem(n) o.g. Hilfsmittel(n) versorgt.

Bitte setzen Sie sich mit Ihrer Krankenkasse/Krankenversicherung/Beihilfestelle oder mit Ihrem behandelnden Arzt in Verbindung, wenn Sie sich derzeit nicht für eine Versorgung mit dem(n) o.g. Hilfsmittel(n) oder für eine Versorgung durch die Löwenstein Medical GmbH & Co. KG entschließen können.

Mit Unterzeichnung dieser Patienteninformation wünschen Sie, von Löwenstein Medical versorgt zu werden.

Datenschutzrechtliche Hinweise:

Die von uns im Rahmen des gesetzlichen Versorgungsauftrages von Ihnen erhobenen Daten benötigen wir zur Erfüllung Ihrer Versorgung. Wir geben Sie zur Abrechnung mit Ihrem Kostenträger im Rahmen der gesetzlichen Bedingungen weiter. Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte zu anderen als den zur Erfüllung des Versorgungsauftrages genannten Zwecken findet nicht statt. Sobald der Zweck der Datenverarbeitung entfällt, werden wir Ihre Daten löschen. Dafür gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Ihnen stehen die Betroffenenrechte gem. Art. 15-23 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zu. Das bedeutet, dass Sie Auskunft über Ihre Daten ersuchen und ggf. eine Berichtigung verlangen können. Sie haben ein Recht auf Löschung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung. Ebenfalls steht Ihnen ein Anspruch auf Einschränkung der Nutzung und Datenübertragbarkeit zu. Sie können sich bei Ihrer Aufsichtsbehörde beschweren. Natürlich können Sie sich aber auch mit Ihrem Anliegen an uns oder an unseren Datenschutzbeauftragten [datenschutz@hul.de] wenden.

Weitere Datenschutzinformationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.hul.de.

Widerrufsrecht:

Ihnen steht es frei, die durch Unterzeichnung dieser Patienteninformation erteilte Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen zu widerrufen.

Für Rückfragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiter gerne jederzeit zur Verfügung!

Name Patient/-in

Ort, Datum

Unterschrift