

- Kompressionsstrümpfe
- Hausbesuche
- Sportstrümpfe / Reisestrümpfe
- Kompressionssysteme für Lip- und Lymphödem
- Bandagen
- Pflegeartikel
- Anti-Cellulite Produkte

Datenschutzerklärung

Herr/Frau: _____

Straße/Ort: _____

Wohnort: _____

Sehr geehrte Versicherte,
sehr geehrter Versicherter,

Ihre von uns im Rahmen des gesetzlichen Versorgungsauftrages erhobenen Daten benötigen wir zur Durchführung Ihrer Versorgung. Wir geben diese Daten 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. Hier gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Wahlrechtserklärung:

Über den Versorgungsablauf wurde ich ausführlich von der Firma Sanitätshaus Komprimed aufgeklärt und beraten.

Ich wurde auch darüber informiert, dass ich unter den Vertragspartnern meiner Krankenkasse grundsätzlich den Leistungserbringern meiner Wahl in Anspruch nehmen kann.

Hiermit beauftrage ich den o.g. Leistungserbringer mit der Versorgung der ärztlich verordneten Hilfsmittel.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Datum:

Unterschrift Versicherter/Bevollmächtigter

Lieferant aller Krankenkassen

KOMPRI-MED Annette Marlene Schätzle e.K.
Zähringer Strasse 14
79108 Freiburg
IK Nummer: 330831733

Geschäftsführerin
Annette Schätzle
HRA: 4415/AG Freiburg i.Br.
USt-IdNr.: DE309981536

Bankverbindung:
Raiffeisenbank Gundelfingen
IBAN: DE36 6806 4222 0000 9707 27
BIC: GENODE61GUN

Telefon: 0761 520 26
Telefax: 0761 520 31
www.komprimed.de
info@komprimed.de

Einwilligungserklärung

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zu meiner optimalen Versorgung die Datenübermittlung meiner personenbezogenen Daten an Dritte aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt.

Alle übrigen Datenübermittlungen bedürfen meiner ausdrücklichen nachfolgenden schriftlichen Einwilligung.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- meine Daten, Patientendokumentationen und Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an alle an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z.B. Ärzte, Pflegedienste, Sozialstationen, Pflegeheime, Krankenhäuser ect.) und Hersteller per Brief, e-mail , Telefon und Fax weiterzugeben.
- mich betreffende Behandlungsdaten von meinem individuellen Krankheitsbild zu speichern, erheben und zu verarbeiten.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Erfolgt ein Widerruf, sind wir verpflichtet, die Daten zu löschen, soweit hierdurch nicht gesetzliche Speicherungspflichten verletzt werden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu. Insbesondere bin ich mit Mailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.
Es finden keine automatisierte Entscheidungsfindungen nach Art. 22 DSGVO oder andere Profiling-Maßnahmen nach Art 4 DSGVO statt.

Datum:

Unterschrift Versicherter/Bevollmächtigter