

Versicherteninformation

Daten des/der Versicherten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

KV-Nummer: _____



Grenzstraße 19 * 06112 Halle / Saale
Tel. 0345 / 24 98 09 14, Fax 24 98 09 15
E-Mail: inko@hall-med-care.de

Die Firma _____ stellt die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln einschließlich aller Dienst- und Serviceleistungen sicher. Hierfür erhält der Leistungserbringer von der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen eine monatliche Vergütung in Form einer Pauschale.

Sämtliche benötigten Hilfsmittel aus dem Bereich der aufsaugenden Inkontinenzartikel sind daher durch diese Firma zu beziehen. Die o.g. Firma ist über einen Wechsel des Wohnortes, insbesondere bei Umzug in ein Pflegeheim oder einem Wechsel der Krankenkasse unverzüglich nach Bekanntwerden zu informieren.

Wird eine andere Firma von mir mit der Lieferung von entsprechenden Produkten beauftragt, sind die hierdurch entstehenden Mehrkosten von mir zu tragen.

Ein Wechsel des Leistungserbringers ist jeweils nur zum Beginn eines Kalendermonats möglich. Hierbei sind sowohl der bisherige als auch der zukünftige Leistungserbringer schriftlich von dem Wechsel zu informieren.

Hat die bisherige Firma eine Belieferung für mehrere Kalendermonate vorgenommen und es erfolgt ein Wechsel der Lieferfirma, so sind der bisherigen Firma die vorhandenen Restbestände auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Die entstehenden Kosten hierfür übernehme ich.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten