



## Patientenerklärung

Hiermit versichere ich,

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	geb. am
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ, Ort

dass ich gemäß Patientenwahlrecht mit den mir verordneten Hilfsmitteln der PG 15 Inkontinenzmaterial, sowie diabetologischen Hilfsmitteln durch die

Firma Your's Medizintechnik GmbH & Co Vertriebs KG  
Hauptstraße 78  
34253 Lohfelden

versorgt werden möchte.

Rezeptauftrag / Rezeptmanagement

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt / Ärzte, die auf mich ausgestellten Rezepte / Atteste an die o.g. Firma persönlich oder postalisch weitergibt.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass meine patientenbezogenen Daten zum Zweck meiner Versorgung (bei Bestellung, Belieferung, Abrechnung, Rezeptmanagement) von der o.g. Firma unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass auf meinen Wunsch hin eine Löschung meiner personenbezogenen Daten erfolgen kann.

Der Unterzeichnende bestätigt durch seine Unterschrift, dass er bis auf schriftlichen Widerruf seinerseits von der o.g. Firma mit den gewünschten Produkten beliefert wird.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Name** in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift** des Kunden oder gesetzlichen  
Vertreters/ Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Mitarbeiter**

