Einwilligung zur Übermittlung von Sozialdaten

Damit wir Ihre Versorgung prüfen können: Bitte unterschreiben Sie diese Einwilligung und übersenden Sie sie uns zusammen mit Ihrer Verordnung.

Angaben zur Verordnung

Verordnetes Hilfsmittel:

Datum der Verordnung:

Persönliche Daten Mitglied

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

E-Mail (freiwillig):

Telefon (freiwillig):

Erklärung des Antragstellers

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Hilfsmittelversorgung über die Mobil Krankenkasse erfolgt.

Für eine schnelle Hilfsmittelversorgung darf die Mobil Krankenkasse

- meinen Namen und meine Adresse
- meine oben angegebene Telefonnummer
- meine oben angegebene E-Mail-Adresse
- mein Geburtsdatum
- die Versichertennummer sowie
- die ärztliche Verordnung

☐ an den von ihr beauftragten Vertragspartner übermitteln. Ich verzichte auf mein Wahlrecht bezüglich des Vertragspartners.

☐ an den Vertragspartner _____ übermitteln.

Größenangabe für den Neurodermitis Overall:
(wenn verordnet, bitte ausfüllen)

Meine Einwilligung gilt für die oben genannte Verordnung. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ohne meine Einwilligung darf die Mobil Krankenkasse die oben genannten Daten nicht an einen Leistungserbringer übermitteln. Die Hilfsmittelversorgung kann dann nicht von der Mobil Krankenkasse organisiert werden. In diesem Fall setze ich mich direkt mit einem der Vertragspartner der Mobil Krankenkasse in Verbindung.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer)

Senden Sie uns bitte diese Seite mit Ihrer Verordnung zu.

Per Post:
Mobil Krankenkasse
FB Hilfsmittel
20091 Hamburg

Per E-Mail:
Unterlagen scannen und senden an
info@service.mobil-krankenkasse.de

Per App MOBIL ME:
Unterlagen fotografieren und hochladen

Mobil KRANKENKASSE