

**Einwilligung zur Wahl des Leistungserbringers
Entbindung der Schweigepflicht**

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon-(Mobil-)Nr. _____

Email _____

Krankenkasse _____

Versichertennummer _____

Verordnender Arzt / Schlaflabor _____

Bisheriger Versorger _____

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich als Versicherter einer gesetzlichen Krankenversicherung alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen kann, die Vertragspartner meiner Krankenkasse sind (§ 33 Abs. 6 Satz 1 SGB V). Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, mich bei meiner Krankenkasse zu informieren, wer ihre Vertragspartner sind und ich unter diesen Vertragspartnern frei wählen kann (§ 127 Abs. 5 Satz 1 SGB V). Zur Erleichterung der Übergabe an die **VitalAire GmbH** als neuen Versorger soll dieses Formular dienen.

Mein Name, meine Anschrift und das Geburtsdatum dienen der Identifizierung sowie postalischen Kontaktaufnahme. Meine Telefon-/Mobilnummer kann für Rückfragen (z.B. im Rahmen einer Bestellung) oder ggf. für SMS-Nachrichten bei Lieferungen verwendet werden, die E-Mail-Adresse dient der erleichterten Benachrichtigung bei allen möglichen Fragen der Versorgung.

Ferner wird die VitalAire GmbH meine Daten mit den an der Versorgung beteiligten Institutionen (bisheriger Versorger, Krankenkasse, Schlaflabor und überweisender Arzt) austauschen. Im Einzelnen sollen folgende Informationen erfragt werden:

- vom bisherigen Versorger oder meiner Krankenkasse: Das verwendete Gerätemodell, die Art der Maske und etwaiges Zubehör;
- von meiner Krankenkasse: Die Laufzeit des Vertrags mit dem aktuellen Versorger
- vom verordnenden Arzt / Schlaflabor: Eine Kopie der aktuellen Verordnung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: VitalAire GmbH, Bornbarch 2, 22848 Norderstedt, .Die oben angegebenen Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO verwendet. Mir ist bekannt, dass ich diese Wahl jederzeit ohne Nachteile (bei Dienstleistungspauschalen nach Ablauf des Versorgungs-zeitraums) widerrufen und einen anderen Leistungserbringer meines Vertrauens wählen kann.

Den Widerruf kann ich richten an VitalAire GmbH, Bornbarch 2, 22848 Norderstedt oder per E-Mail an: info@VitalAire.de.

Ich habe mich entschieden, durch die VitalAire GmbH mit Hilfsmitteln versorgt werden zu wollen und bin mit der zuvor beschriebenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden: Ja Nein

Alle weiteren Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO kann ich abrufen unter <https://vitalaire.de/datenschutz>

Zusätzlich entbinde ich meinen überweisenden Arzt zu dem oben genannten Zweck von seiner Schweigepflicht gegenüber den Anwendungsexperten der VitalAire GmbH (Schweigepflichtentbindung): Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten / des gesetzlichen Vertreters