

Begleitschreiben an die Arztpraxis

Ausstellung und Weiterleitung meiner Verordnungen an meinen Leistungserbringer

Sehr geehrte Damen und Herren, liebes Praxisteam,

anbei sende ich Ihnen meine Patientenwahlrechtserklärung verbunden mit der Bitte, die Verordnungen/Rezepte über den von mir benötigten Diabetesbedarf auszustellen und direkt an den von mir bevorzugten Leistungserbringer weiterzuleiten.

Ich benötige Verordnungen / Rezepte über den folgenden Diabetesbedarf:

Ebenfalls im Anhang ist die Vorlage eines Freiumschlages meines Leistungserbringers, damit für Ihre Praxis keine Portokosten anfallen. Alles Weitere entnehmen Sie bitte den Folgeseiten.



PATIENTENWAHLRECHTSERKLÄRUNG

inkl. EINWILLIGUNG ZUR DATENVERARBEITUNG UND
REZEPTÜBERMITTLUNG

Nachname, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	

Hiermit beauftrage ich das Unternehmen **Mediq Direkt Diabetes GmbH** mich ambulant mit medizinischen Dienstleistungen und den dafür erforderlichen Produkten (z.B. Hilfsmittel, Teststreifen, Verbandstoffe) gemäß den Therapieanordnungen und Verordnungen meines Arztes zu versorgen. Den Auftrag kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass meine Praxis:

Arztpraxis
Straße, Nr.
PLZ, Ort

meine personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Daten zur Krankenversicherung) an meinen Versorger

Mediq Direkt Diabetes GmbH, Bärensteiner Str. 27-29, 01277 Dresden

Telefon: 0800 34 27 325

Telefax: 0800 45 64 564

E-Mail: info@mediqdirekt.de

per Post, Fax oder elektronischem Wege übermittelt und diese die Daten nutzen, speichern und verarbeiten, soweit dies für meine Versorgung erforderlich ist. Das gilt ausdrücklich auch für medizinische Daten wie Hilfs- oder Arzneimittelverordnungen. Ich entbinde meine Ärzte in diesem Umfang von der ärztlichen Schweigepflicht. Zur Durchführung meiner Versorgung bin ich damit einverstanden, dass die oben ausgewählten Unternehmen die Daten an die an der Versorgung Beteiligten (Arzt, Pflegeeinrichtung, Pflegedienst, Kooperationspartner, Krankenhaus, Krankenversicherung) und an die übrigen oben genannten Unternehmen der Mediq-Gruppe übermitteln. Alle Daten werden gespeichert, solange es meine Versorgung sowie steuer- und handelsrechtliche Aufbewahrungsfristen erfordern.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Datum, Ort, Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters/Betreuers*
--

* Vertreter bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Gesetzliche Betreuer oder die durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person. Kopie der Vollmachts- bzw. Betreuungsurkunde können beigefügt werden.

Ihr Freiumschlag

Einfach passendes Format ausschneiden,
auf einen Briefumschlag kleben und
Porto sparen!

Freiumschlag kann auch von Ihrer
Arztpraxis genutzt werden

Absender - bitte Daten angeben!

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Entgelt
zahlt
Mediq Direkt
für Sie

Deutsche Post 

ANTWORT

Mediq Direkt

Havelstraße 27

24539 Neumünster



Absender - bitte Daten angeben!

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Entgelt
zahlt
Mediq Direkt
für Sie

Deutsche Post 

ANTWORT

Mediq Direkt

Havelstraße 27

24539 Neumünster

