

## ERKLÄRUNG ZUM LEISTUNGSERBRINGERWAHLRECHT

Name:  Vorname:

Versicherungsnummer:

Im Sinne einer schnellen Hilfsmittelversorgung treffen Sie bitte eine Entscheidung:

**Wahlrechtsübertragung**

Mein Recht zur freien Auswahl unter den Vertragspartnern ist mir bekannt. Ich übertrage jeweils mein Wahlrecht bis auf Widerruf auf die VIACTIV Krankenkasse. Ich bitte die VIACTIV Krankenkasse daher direkt einen Vertragspartner auszuwählen und die Hilfsmittelversorgungen umgehend über diese in die Wege zu leiten.

**Auswahlentscheidung für einen Vertragspartner**

Name/Bezeichnung des Hilfsmittels:

Ich wünsche die Versorgung über die Firma:

Ich bitte die VIACTIV die Versorgung mit dieser Firma abzustimmen.

Mit der Weitergabe der für eine Hilfsmittelversorgung notwendigen Daten an den von mir bzw. von der VIACTIV gewählten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Dies sind mein Name, meine Anschrift, meine Telefonnummer, mein Geburtsdatum, meine Versichertennummer und meine Verordnung.

Telefonnummer:  E-Mail:

**Alternative Ansprechpartner bei Rückfragen (z.B. Bevollmächtigte, Betreuer):**

Name, Anschrift, Telefon, E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

**Datenschutzhinweise:**

Ihre Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft bei der VIACTIV Krankenkasse widerrufen werden. Ihre Daten werden dann gelöscht. Jedoch ist ohne Ihre Einwilligung eine Hilfsmittelversorgung nicht umsetzbar. Weitere Nachteile entstehen Ihnen nicht.

Die VIACTIV Krankenkasse, Universitätsstraße 43 in 44789 Bochum, wird auf Grund Ihrer Einwilligung Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten. Für weitergehende datenschutzrechtliche Informationen gemäß der Artikel 12 ff. Datenschutz-Grundverordnung wird an dieser Stelle auf die „Informationen zum Datenschutz“ verwiesen, die Sie auf der Homepage der VIACTIV Krankenkasse unter [viactiv.de/datenschutz](http://viactiv.de/datenschutz) einsehen bzw. downloaden können.