

VERSORGUNG MIT PRODUKTEN FÜR DIE DIABETESTHERAPIE

Bestellung per Mail an versorgung@diashop.de oder per Fax an **0800/88 00 08 0**.
Bei Rückfragen sind wir unter der Nummer **089/ 89 55 67 9 - 800** für Sie da.
Im Netz: www.diashop.de/pflege-versorgung

Name/Vorname des Patienten/der Patientin: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Lieferanschrift: _____

Zuzahlung: ja nein (Befreiungsausweis liegt vor)

Behandelnde/r Arzt / Ärztin (Praxisanschrift)

Name/Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnr. (für Rückfragen): _____

Therapiedaten bei Diabetes mellitus:

Intensivierte konventionelle Therapie (ICT): 3 und mehr Messungen und Insulininjektionen pro Tag

Konventionelle Therapie (CT): 2 und weniger Messungen und Insulininjektionen pro Tag

Therapie-Vorgaben: ____ Messungen pro Tag/Woche ____ Insulininjektionen pro Tag/Woche

Der Patient/die Patientin benötigt folgendes mylife Versorgungspaket:

Erstversorgung Folgeversorgung Versorgung ab (Datum): _____

Blutzuckermessung:

mylife™ Aveo™

mylife™ Pura®

mg/dl mmol/L

Insulininjektion:

Sicherheits Pennadeln mylife™ AutoProtect™ PRO – Kanülenlänge 5 mm

Sicherheits Pennadeln mylife™ AutoProtect™ PRO – Kanülenlänge 8 mm

Kontaktaten Pflege:

Einrichtung oder Pflegedienst: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnr. (für Rückfragen): _____ Ansprechpartner/in: _____

Stempel Pflege

(Datum, Unterschrift)

Einwilligungserklärung gemäß DSGVO für die Übermittlung personenbezogener Daten zur Versorgung an DIASHOP

Ich erkläre mich einverstanden, dass der/die in dieser Einwilligungserklärung genannte Arzt/Firma die für die Versorgung mit Hilfsmitteln sowie nicht apothekenpflichtigen Arzneimitteln und deren Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, an den Diabetes-Fach- und Versandhandel DIASHOP GmbH, Galileostr. 1, 82131 Gauting-Unterbrunn übermitteln darf. Ebenso darf die Firma DIASHOP GmbH die für die Versorgung und Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, speichern, verarbeiten und an zur Versorgung notwendige Dritte übermitteln. Den genannten Arzt entbinde ich zu diesem Zweck auch von seiner Schweigepflicht gem. § 203 StGB.

Diese Daten werden nur von berechtigten Personen unter Einhaltung einer angemessenen Datensicherheit bearbeitet. Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit der Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen kann. Den Widerruf kann ich per Post an oben genannte Anschrift, E-Mail (shop@diashop.de) oder Fax (089/89 55 679 110) an die DIASHOP GmbH übermitteln. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt. Das Recht auf Löschung, Sperrung oder Berichtigung meiner Daten, sowie das Auskunftsrecht gemäß DSGVO bleiben von dieser Einwilligungserklärung unberührt.

(Ort/Datum)

(Vorname/Name) (Unterschrift ¹)

¹ ggf. des gesetzlichen Betreuers oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person