

ANLAGE 1

Aufklärung über das freie Wahlrecht des Leistungsempfängers gem. § 33 Abs. 6 SGB V

Ich bin von (KUNDE) GMP-Pflegebox GmbH

durch (Name des Mitarbeiters des KUNDEN) _____

darüber aufgeklärt worden, dass ich mir unter mehreren Anbietern aussuchen kann, von wem ich mit Inkontinenzprodukten (Inkontinenzhilfsmittel und zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln) versorgt werden will. Denn hinsichtlich der Versorgung mit Hilfsmitteln (zu welchen auch verordnete Inkontinenzhilfsmittel und zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel zählen) kann ich nach dem Gesetz gem. § 33 Abs. 6 SGB V frei zwischen all denjenigen Leistungserbringern wählen, die Vertragspartner meiner Krankenkasse sind.

Schließlich ist mir (VERSICHERTER) _____ angeboten worden, mich bei der Kontaktaufnahme mit meiner Krankenkasse zu unterstützen, wenn ich dies möchte.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitarbeiters

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Für Ihre Unterlagen (Kunde)

ANLAGE 2

I. Erklärung zur Versorgung durch die PAUL HARTMANN AG

- Hiermit bestätige ich, ab sofort meine Produkte zur Inkontinenzversorgung (Inkontinenzhilfsmittel) über die Firma PAUL HARTMANN AG zu beziehen. Diese Bestätigung gilt bis auf Widerruf.
- Bei einem Wechsel des Versorgers in der Zukunft habe ich diesen Wechsel der Firma PAUL HARTMANN AG mitzuteilen.
- Sofern seitens der Krankenkasse eine gesonderte Versorgungsbestätigung gewünscht wird, sendet die PAUL HARTMANN AG diese noch einmal zu.
- 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 dass ich unter diesen Vertragspartnern frei wählen kann (§ 127 Abs. 5 Satz 1 SGB V). Mir ist bekannt, dass ich diese Wahl jederzeit (bei Dienstleistungspauschalen nach Ablauf des Versorgungszeitraums) widerrufen und einen anderen Leistungserbringer meines Vertrauens wählen kann.
Das Aufklärungsblatt wurde mir zur Verfügung gestellt.

Versorgung ab

Versichertenname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Inko
(zurück an HARTMANN)

ANLAGE 2

II. Einwilligungserklärung & Datenschutzhinweis

Datenschutzrechtliches Einverständnis und Widerrufsrecht:

Um unseren Pflichten als Leistungserbringer nachkommen zu können, erheben und nutzen wir umfangreiche Angaben (z. B. Vor- und Nachname, Geburtsdatum, etc.) sowie umfangreiche gesundheitsbezogene Angaben über Sie (z. B. Inkontinenzgrad, Mobilität, etc.). Bitte füllen Sie in diesem Zusammenhang die beiliegenden Anlagen (vgl. Anlage 3 und 4) vollständig aus, damit wir in der Lage sind, die für Sie passenden Produkte auszuwählen und Sie damit zu beliefern. Zu Zwecken der Abrechnung unserer Leistung übermitteln wir außerdem die hierfür notwendigen Informationen an Ihre Krankenkasse. Dies gilt auch in dem Fall, dass Ihre Krankenkasse Unterlagen anfordert (z.B. Beratungsdokumentation, Versorgungsverlauf, etc.). Gegebenenfalls rechnen wir auch direkt mit Ihnen ab (z.B. im Falle von Zuzahlungen).

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis in die Verarbeitung meiner (auch gesundheitsbezogenen) personenbezogenen Daten (z. B. Vor- und Nachname, Geburtsdatum oder auch Inkontinenzgrad und Mobilität) durch die Paul Hartmann AG für die zuvor genannten Zwecke der Leistungserbringung, Belieferung und Abrechnung mit mir bzw. meiner Krankenkasse und für etwaige Nachprüfungen durch diese.

Ich bestätige außerdem die Kenntnisnahme der nachfolgenden Datenschutzinformation.

Sie können Ihr Einverständnis zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen. Den Widerruf können Sie über die in dem beiliegenden Datenschutzhinweis genannten Kanäle an uns richten. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Widerruf bleibt hiervon unberührt. Nach Erhalt des Widerrufs werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten. Bitte beachten Sie in diesem Fall jedoch auch, dass eine weitere Versorgung dann nicht mehr möglich sein wird. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie im beiliegenden Datenschutzhinweis.

Bei Ausübung des Wahlrechts und Abgabe des Einverständnisses für einen Dritten (insbesondere die pflegebedürftige Person), versichere ich, dass ich entsprechend vertretungsberechtigt bin und dies erforderlichenfalls auf Nachfrage jederzeit nachweisen kann.

.....
Vor und Nachname Versicherter

.....
Geburtsdatum Versicherter

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Versicherten (ggf. gesetzlicher Vertreter, bitte Vor- und Nachnamen in Druckbuchstaben ergänzen)

1. Kontaktdaten Verantwortlicher und Kontaktdaten Datenschutz

Verantwortlicher:

PAUL HARTMANN AG
Paul-Hartmann-Straße 12
89522 Heidenheim
Telefon: +49-7321-36-0
Fax: +49-7321-36-3636
E-Mail: info@hartmann.info

Kontakt Daten Datenschutz:

PAUL HARTMANN AG
Abteilung CFO-DPM / Datenschutzbeauftragter
Paul-Hartmann-Straße 12
89522 Heidenheim
E-Mail: datenschutz@hartmann.info

2. Zwecke der Datenverarbeitung gegenüber dem Leistungsempfänger

2.1 Zwecke im Rahmen Ihrer ausdrücklichen Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a) und Art. 9 Abs. 2 lit. a) DS-GVO)

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten aufgrund Ihrer ausdrücklichen Einwilligung. Die Datenverarbeitung erfolgt zu dem Zweck, unseren Pflichten als Leistungserbringer nachkommen zu können. Insbesondere sind dies die Auswahl von für Sie passenden Produkten, Ihre Belieferung, die Sicherstellung der durchgehenden Versorgung in Abstimmung mit der Einrichtung sowie die Abrechnung unserer Leistungen mit Ihrer Krankenkasse oder mit Ihnen direkt und die Übermittlung an Ihre Krankenkasse auf Anforderung (z.B. der Beratungsdokumentation oder des Versorgungsverlaufs).

2.2 Zwecke im Rahmen der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben

Wie jeder, der sich am Wirtschaftsgeschehen beteiligt, unterliegen auch wir einer Vielzahl von rechtlichen Verpflichtungen. Im vorliegenden Fall sind wir als Leistungserbringer gem. § 302 SGB V insbesondere dazu verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der Abrechnung an Ihre Krankenkasse zu übermitteln.

2.3 Zwecke im Rahmen gesetzlicher Vorschriften und unserer berechtigten Interessen (Art. 6 Abs. 1 lit. c) und f) DS-GVO)

Sofern Sie als Vertreter/Bevollmächtigter für einen Leistungsempfänger (zu pflegender Angehöriger) auftreten und soweit keine vorrangige gesetzliche Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung vorliegt (im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. c) DS-GVO), verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Ausübung der Vertretung/Bevollmächtigung auf Grundlage unserer berechtigten Interessen an der Versorgung sowie Abrechnung gegenüber dem Leistungsempfänger.

3. Die von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten und deren Herkunft

Wir verarbeiten folgende Datenkategorien und Datenarten, die wir von Ihnen und/oder der Einrichtung erhoben haben:

- Bestandsdaten (Anrede, Vor- u. Nachname, Titel, Wohnadresse, Geburtsdatum, etc.);
- Kontakt- und Versichertendaten (E-Mail-Adresse, Telefonnummer Festnetz/Mobilfunk, Faxnummer, Krankenkasse, Versichertennummer, etc.);
- Inhaltsdaten (Texteingaben zur Dokumentation des Krankheitsverlaufs und im Anamnesebogen, etc.);
- Gesundheitsdaten (Rezeptinformationen, Informationen zum Kontinenz-Profil, Schwerbehinderteneigenschaft, körperlicher Allgemeinzustand, Diagnosen, etc.).

4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern Ihrer personenbezogenen Daten

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten grds. nur unternehmensintern. Innerhalb unseres Hauses erhalten diejenigen internen Stellen bzw. Organisationseinheiten Ihre personenbezogenen Daten, soweit sie diese zur Erfüllung des Zweckes und im Rahmen der Bearbeitung benötigen. Interne Datenempfänger werden jeweils dazu verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten nur im vorgenannten Umfang zu nutzen.

Sofern wir Ihre personenbezogenen Daten an andere Personen und Unternehmen (Dritte) übermitteln oder ihnen sonstigen Zugriff auf die personenbezogenen Daten gewähren, erfolgt dies nur auf Grundlage einer gesetzlichen Erlaubnis. Sofern wir Dritte mit der Verarbeitung personenbezogener Daten auf Grundlage eines sog. „Auftragsvertrages“ beauftragen und uns dadurch u.a. die erforderlichen Einfluss- bzw. Kontrollbefugnisse hinsichtlich der Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten sichern, geschieht dies auf Grundlage des Art. 28 DS-GVO. Wir bleiben gegenüber Ihnen jedoch für die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung verantwortlich.

5. Dauer der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten

Wir verarbeiten bzw. speichern Ihre personenbezogenen Daten im Grundsatz für die Dauer des Versorgungsvertrages mit Ihnen. Darüber hinaus halten wir Ihre personenbezogenen Daten weiter vor sofern u.a. gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsfristen einer Löschung entgegenstehen (vgl. Art. 17 Abs. 3 DS-GVO) und/oder ein weiterer Fall des Art. 17 Abs. 3 DS-GVO vorliegt und/oder ein neuer Zweck eine weitere Verarbeitung rechtfertigt.

6. Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in einem Drittland

Soweit möglich, werden wir die Verarbeitung Ihrer Daten in der EU / im EWR vornehmen. Eine Datenübermittlung an Stellen in Staaten außerhalb der EU / des EWR (sogenannte Drittländer) erfolgt nur, soweit ein angemessenes Datenschutzniveau in dem jeweiligen Drittstaat vorliegt oder wenn geeignete Garantien (wie insbesondere der Abschluss von Standarddatenschutzklauseln) vorhanden sind und die Durchsetzung Ihrer Rechte gewährleistet ist sowie ausreichende technisch-organisatorische Maßnahmen zum Schutz Ihrer Daten vorliegen.

7. Ihre Datenschutzrechte

- Sie haben das Recht, eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gem. Art. 7 Abs. 3 DS-GVO jederzeit mit Wirkung für die Zukunft uns gegenüber zu widerrufen. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, bleiben daher rechtmäßig.
- Gem. Art. 15 DS-GVO können Sie Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten verlangen.
- Gem. Art. 16 DS-GVO können Sie die unverzügliche Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen.
- Gem. Art. 17 DS-GVO können Sie nach den dort genannten Voraussetzungen die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen, sofern nicht gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsfristen der unverzüglichen Löschung entgegenstehen (vgl. Art. 17 Abs. 3 DS-GVO) und/oder ein weiterer Fall des Art. 17 Abs. 3 DS-GVO vorliegt und/oder ein neuer Zweck eine weitere Verarbeitung rechtfertigt.
- Gem. Art. 18 Abs. 1 DS-GVO können Sie die Einschränkung der Datenverarbeitung verlangen, wenn eine oder mehrere Voraussetzungen gem. Art. 18 Abs. 1 DS-GVO lit. a bis d vorliegen.
- Gem. Art. 20 Abs. 1 DS-GVO können Sie die von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format erhalten sowie diese personenbezogenen Daten einem anderen Verantwortlichen ohne Behinderung durch uns übermitteln.

Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs haben Sie zudem das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (vgl. Art. 77 DS-GVO), wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstößt. In diesem Zusammenhang bitten wir Sie jedoch, eine mögliche Beschwerde zunächst an die oben unter Nr. 1 angegebenen Kontaktdaten zu richten.

8. Umfang Ihrer Pflichten, uns Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen

Sie brauchen nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitzustellen, die für die Aufnahme, Durchführung und Beendigung des Versorgungsvertrages erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind (z. B. zum Nachweis gegenüber den Krankenkassen). Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang, dass die Angabe von personenbezogenen Daten hierbei grundsätzlich freiwillig ist. Sollten Sie keine personenbezogenen Daten angeben, werden wir jedoch unsere Pflichten als Ihr Leistungserbringer nicht erfüllen können.

9. Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung im Einzelfall (einschließlich Profiling)

Wir setzen keine rein automatisierten Entscheidungsverfahren gem. Art. 22 DS-GVO ein. Sofern wir ein solches Verfahren zukünftig in Einzelfällen doch einsetzen sollten, werden wir Sie hierüber gesondert informieren, sofern dies gesetzlich vorgegeben ist.

ANLAGE 3

Melde- und Anamnesebogen

zur Inkontinenzversorgung

Fax: **07321 36 3661**

E-Mail: **versorgungspartnerschaft@hartmann.info**

GMP-Pflegebox GmbH

67666136

Kundenname

Kundennummer

Versichertenname (Nachname, Vorname)

Versicherungsnummer

Krankenkasse

Fragen zur Einstellung:

Anbieterwechsel kein Anbieterwechsel

Inkontinenzart:

Urin Kleine Mengen Größere Mengen Kompl. Blasenentleerung
 Stuhl Stuhlfrequenz _____ /24 Std. Blasenkatheter

Inkontinenzverhalten:

vermehrt am Tag vermehrt in der Nacht Sondennahrung

Trinkmenge in Liter pro 24 Std. _____

Medikamente (Diuretika, Antidiabetika, Blutdruck) _____

Mobilität:

Mobil eingeschränkt mobil Rollstuhl bettlägerig

Hautzustand Intimbereich/Gesäß

Verwendung von Cremes/Salben

Allergien

Relevante Grunderkrankungen

Toilettengang:

selbstständig mit Hilfe Versorgung im Bett

Versorgung durch:

Pflegedienst Pflegekraft Angehöriger selbstständig

Konfektionsgröße/Hüftumfang: _____

Produkt: _____ Stk./24 Stunden _____

_____ Stk./24 Stunden _____

_____ Stk./24 Stunden _____

Über die wirtschaftliche Aufzahlung informiert: _____

Bemerkungen/Besonderheiten: _____

Ort, Datum

Stempel/Name Mitarbeiter

(zurück an HARTMANN)

ANLAGE 4

Rezeptbegleitbogen

Inkontinenzversorgung (P1V)

Fax: **07321 36 3661**

E-Mail: **versorgungspartnerschaft@hartmann.info**

GMP-Pflegebox GmbH

67666136

Kunde

Kundennummer

Versichertenname (Nachname, Vorname)

Stempel

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Lieferadresse (wenn von Adresse abweichend)

Ansprechpartner

Telefonnummer

Versicherungsnummer

Krankenkasse

Kassen-Nummer

Zuzahlungsbefreiung: **Nein** **Ja** (Kopie Befreiungsausweis liegt bei)

Versorgung: ----- St./Tag Produktname -----

Lieferautomatik: **Ja** **Nein** Lieferintervall: **2-monatlich** **3-monatlich**

Pflegegrad: **1** **2** **3** **4** **5** Pflegehilfsmittel: **gewünscht** (Antrag liegt bei) **nicht gewünscht**

KOPIE REZEPT

Rezept per Fax vorab,
Originalrezept folgt per Post!