

**HEK
Hilfsmittelzentrum
22039 Hamburg**

**Rücksendung per Fax bitte an 040 65696-3760
oder Rücksendung über HEK Service-App**

Einverständniserklärung zur Weiterleitung personenbezogener Daten

Versichertennummer

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass die Hanseatische Krankenkasse meine personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail, Versichertennummer) und die Daten bezüglich meiner Hilfsmittelversorgung an den von mir ausgewählten zugelassenen Vertragspartner weiterleiten darf. Die HEK darf ebenfalls diesen Vertragspartner beauftragen, mir das verordnete Hilfsmittel oder die verordneten Hilfsmittel zu liefern:

Name des Hilfsmittels, beispielsweise Rollstuhl, Rollator

Der Vertragspartner, den ich gewählt habe, ist:

Name des Vertragspartners

Hinweise:

Sie können alle zugelassenen Vertragspartner der HEK frei wählen. Wünschen Sie, dass wir Kontakt mit dem Leistungserbringer aufnehmen, dann füllen Sie bitte die Einverständniserklärung aus. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie jedoch nicht einwilligen, können wir den Leistungserbringer nicht direkt mit der Versorgung beauftragen. Weitere Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder elektronisch widerrufen. Ihren Widerruf senden Sie bitte an: Hanseatische Krankenkasse, Hilfsmittelzentrum, Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg.

Sie haben gegenüber der HEK außerdem jederzeit das Recht auf Berichtigung, Auskunft, Einschränkung und Löschung Ihrer Daten.

Ihre erhobenen und gespeicherten Daten werden gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Datum

Unterschrift Versicherter