

Einverständniserklärung zur Weiterleitung personenbezogener Daten

HEK - Hanseatische Krankenkasse
Hilfsmittelzentrum
Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg



Versichertennummer

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass die Hanseatische Krankenkasse meine personenbezogenen Daten an einen Vertragspartner weiterleiten und beauftragen darf, mir das verordnete Hilfsmittel bzw. die verordneten Hilfsmittel zu liefern:

Name des Hilfsmittels, z.B. Rollstuhl, Rollator

Meine personenbezogenen Daten darf die HEK an zugelassene Hilfsmittel-Leistungserbringer weitergeben. Dies sind mein Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Versichertennummer und Hilfsmittelverordnung.

Hinweise:

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie jedoch nicht einwilligen, können wir den Leistungserbringer mit der Versorgung nicht direkt 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 gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)