

Schön, dass Sie sich für uns entschieden haben!

**Atos**

Atos Medical Your voice

## Wahlrechtserklärung und Versorgungsinformationen

Um die Lieferung Ihrer Hilfsmittel sicherstellen zu können, benötigen wir als Ihr Hilfsmittellieferant eine Bestätigung, dass Sie die Atos Medical GmbH als Leistungserbringer und Hilfsmittellieferant gewählt haben. Ihre Krankenversicherung hat die Berechtigung, diese Erklärung bei uns als Vertragspartner anzufordern und einzusehen.

Versicherte(r)	_____	_____	_____
	Name	Vorname	Geburtsdatum
	_____	_____	_____
	Straße	PLZ/Ort	Telefon
	_____	_____	_____
	Krankenkasse	Versicherten-Nr.	

## Versorgungsinformationen

### Hilfsmittel und Lieferung

- ✓ Sie können Ihre Krankenversicherung jederzeit bei Fragen, die mit Ihrer Hilfsmittelversorgung in Zusammenhang stehen, kontaktieren.
- ✓ Ein sorgsamer Umgang mit den Ihnen durch Atos Medical überlassenen Geräten und Hilfsmitteln sowie der Schutz vor Diebstahl sind zu beachten. Nicht mehr benötigte Geräte sind schnellstmöglich zurückzugeben.
- ✓ Erhaltene Geräte und Hilfsmittel können nicht übereignet oder verpfändet werden. Für Schäden an Geräten und Hilfsmitteln haftet der Versicherte.
- ✓ Die Atos Medical GmbH ist gesetzlich verpflichtet, dem Versicherten für Hilfsmittel eine mit der Krankenkasse vertraglich vereinbarte Zuzahlung zu berechnen. Die Zuzahlung entfällt, sobald Atos Medical ein entsprechender Befreiungsausweis in Kopie vorliegt.
- ✓ Namens- oder Adressänderungen sowie ein Wechsel der Krankenversicherung sind schnellstmöglich an Atos Medical zu melden.

### Versorgungspauschalen

Sollte Ihre Krankenversicherung die Kosten für die Hilfsmittel über eine sogenannte Versorgungspauschale an Atos Medical vergüten, sind folgende Informationen für Sie wichtig:

- ✓ Ihre Hilfsmittelbelieferung erfolgt monatlich und die Bestellung der Verbrauchsmaterialien sollte spätestens 1 Woche vor Ablauf des Monats erfolgen.
- ✓ Für die Laufzeit der Versorgungspauschale können die benötigten Hilfsmittel, die im Zusammenhang mit der Versorgung Tracheotomierter/Laryngektomierter stehen, nur noch bei einem Versorger bestellt werden. Wir, als der von Ihnen gewählte Leistungserbringer, liefern Ihnen alle benötigten Produkte.
- ✓ Atos Medical ist als der von Ihnen gewählte Hilfsmittelversorger auch für die mit den Geräten in Zusammenhang stehenden Servicedienste verantwortlich.
- ✓ Sollten Sie die Absicht haben, Ihren Hilfsmittellieferanten zu wechseln, so beachten Sie bitte, dass dabei der Lieferturnus für Verbrauchsartikel und ein möglicher Gerätewechsel zu berücksichtigen sind. Bei Inanspruchnahme mehrerer Hilfsmittellieferanten für die Versorgung innerhalb der Laufzeit können Ihnen unter Umständen Mehrkosten entstehen.

## Wahlrechtserklärung der/des Versicherten (nach § 33 i.V.m. § 2 Abs. 3 SGB V)

- ✓ In einem Beratungsgespräch wurde ich von Atos Medical zu allen Fragen rund um die Hilfsmittelversorgung sowie über die Grundsätze der bestehenden Wahlrechtsmöglichkeiten für gesetzlich Krankenversicherte informiert.
  - ✓ Die Atos Medical GmbH ist der Leistungserbringer meiner Wahl.
    - Ich werde weiterhin meine Hilfsmittel bei Atos Medical beziehen.
    - Ab dem \_\_\_\_\_ möchte ich von der Atos Medical GmbH mit Hilfsmitteln für Tracheotomierte/Laryngektomierte versorgt werden.
- Eine Kopie des Widerspruchs gegenüber meinem bisherigen Versorger \_\_\_\_\_ füge ich bei.
- Mir wurden durch diese Firma technische Geräte zur Verfügung gestellt.  Ja Geräte: \_\_\_\_\_  
 Nein
- ✓ Ich möchte, dass die Atos Medical GmbH die zur Hilfsmittelversorgung notwendigen Verordnungen direkt bei meinem behandelnden Arzt anfordert.  Ja  Nein
- Anschrift behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_
- ✓ Eine Kopie dieser unterschriebenen Erklärung wird mir zeitnah zugestellt.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte(r)/Vertreter(in)/Betreuer(in)