

Name, Vorname:	_____	Geb.-Datum:	_____
Straße, Hausnr.:	_____	Kundennr.:	_____
PLZ, Ort	_____	Telefonnummer:	_____
Behand. Arzt:	_____	E-Mail Kunde:	_____
Versicherung:	_____	Vers.-Nr.:	_____
		privat versichert:	☐

1. Versorgungsauftrag

Hiermit beauftrage ich die Luttermann GmbH mich ☐ ab sofort/ ☐ ab dem _____ mit

- ☐ allen von mir benötigten medizinischen Hilfsmitteln/ Produkten
- ☐ den folgenden Produkten: _____ zu beliefern.
- ☐ Ich erkläre, dass für mich bestimmte und von der Luttermann GmbH zu liefernde Ware ☐ bis zu einem Widerruf/ ☐ befristet bis zum _____ nicht an meine oben genannte Anschrift, sondern abweichend an die folgende Adresse geliefert werden soll:
- Empfänger: _____ Anschrift: _____

Zugleich bevollmächtige ich die dort anwesenden Personen, für mich bestimmte Ware in Empfang zu nehmen und den Erhalt zu bestätigen. ☐ Die abweichende Lieferadresse gilt für ☐ alle Produkte/Produktgruppen

☐ folgende Produkte/Produktgruppen: _____

2. Einwilligungen

2.1. Kontaktaufnahme mit behandelndem Arzt/Therapeuten

Ich bin damit einverstanden, dass die Luttermann GmbH mit meinem behandelnden Arzt/Therapeuten und der entlassenden Klinik (Unzutreffendes ggf. streichen) Kontakt aufnimmt und im Zusammenhang mit meiner Versorgung/der Evaluation meiner Behandlung medizinisch notwendige Informationen austauscht. ☐ ja ☐ nein

2.2. Entgegennahme von Verordnungen

Ich bin damit einverstanden, dass die Luttermann GmbH von Dritten (z.B. Ärzten, Pflegepersonal) ärztliche Verordnungen entgegennimmt. ☐ ja ☐ nein

2.3. Weiterleitung von Dokumentationen an die Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass die Luttermann GmbH Dokumentationen (z.B. Maßblätter, Erhebungsbögen oder sonstige Berichte) zur Klärung der Kostenübernahme an meine Krankenkasse übermittelt. ☐ ja ☐ nein

2.4. Weiterleitung von Verordnungen an Apotheken

Ich bin damit einverstanden, dass die Luttermann GmbH ärztliche Verordnungen für apothekenpflichtige Produkte im Zusammenhang mit meiner Versorgung (z.B. HPE) annimmt und diese an die von mir gewählte Apotheke weiterleitet. ☐ ja ☐ nein

2.5. Anfertigen von Fotos

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Luttermann GmbH Fotos/Videos (Unzutreffendes ggf. streichen) meiner Versorgungssituation angefertigt werden und diese bei Bedarf zur Abstimmung an weitere am Versorgungsprozess Beteiligte (Krankenkasse, behandelnder Arzt, Klinik, Pflegeeinrichtung) weitergeleitet werden. ☐ ja ☐ nein

2.6. Handgriffe im Zusammenhang mit der Einweisung

Ich bin damit einverstanden, dass der/die zuständige Mitarbeiter/in der Luttermann GmbH im Zusammenhang mit der Einweisung/Anleitung/Therapiebegleitung in die Handhabung der Medizinprodukte die entsprechend notwendigen Handgriffe an meinem Körper vornimmt. ☐ ja ☐ nein

2.7. Videosprechstunde

2.7.1 Ich bin damit einverstanden, dass der/die zuständige Mitarbeiter/in der Luttermann GmbH an einer Videosprechstunde mit meinem behandelnden Arzt teilnimmt, um medizinisch notwendige Informationen auszutauschen und um relevante Aspekte meines Krankheitsbildes bildlich übermittelt. ☐ ja ☐ nein

2.7.2 Ich bin damit einverstanden, dass die Videosprechstunde durch Mitarbeiter/innen der Luttermann GmbH mit deren iPad aufgebaut wird. Ein Informationsblatt zur Videosprechstunde habe ich erhalten. ☐ ja ☐ nein

2.8. Datenaustausch mit weiteren Personen

Ich bin damit einverstanden, dass die Luttermann GmbH mit folgenden Personen Informationen, die meine Versorgung und Beratung betreffen, austauscht: _____ ☐ ja ☐ nein

2.9. Zukünftige Kontaktaufnahme

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Luttermann GmbH für Werbemaßnahmen telefonisch und/ oder per E-Mail kontaktiert. ☐ ja ☐ nein

Widerrufsmöglichkeit: Mir ist bekannt, dass ich berechtigt bin, meine erteilten Einwilligungen ganz oder teilweise jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Luttermann GmbH (Hindenburgstr. 51, 45127 Essen, Tel.: 0201-820500, Fax: 0201-230610, E-Mail: widerruf@luttermann.de) zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung(en) bis zum Widerruf erfolgten Handlungen wird durch den Widerruf nicht berührt.

Ort, Datum:	_____	Unterschrift:	_____
Sofern zutreffend:	☐ Angehöriger ☐ Betreuer	Name in Druckbuchstaben:	_____