Reha Team Maisch GmbH
Im Schuhmachergewann 10
69123 Heidelberg

Tel. 06221 8202-80
Fax 06221 8202-888

Empfangsbestätigung und Eigentumsvorbehaltserklärung

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Versichertennummer:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Email:

Hiermit bestätige ich den ordnungsgemäßen Erhalt der nachfolgend aufgeführten Hilfsmittel:

Hilfsmittelbezeichnung: Bitte auswählen oder Bezeichnung eintragen

Seriennummer:

Der Kunde verpflichtet sich (bei der Abgabe von Betriebseigentum in einer Versorgungspauschale),

1. das Hilfsmittel pflegend und schonend zu behandeln bzw. für eine solche Behandlung zu sorgen, wenn das Hilfsmittel durch einen Angehörigen genutzt wird.
2. Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz des Benutzers entstanden sind, unverzüglich auf eigene Rechnung bei uns beheben zu lassen.
3. die Haftpflicht, welche sich aus dem Gebrauch oder dem Betrieb des Hilfsmittels ergibt, zu übernehmen.
4. das Hilfsmittel gegen Beschädigung durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu sichern und bei Schäden unverzüglich ein Schadensprotokoll mit Namen und Adresse des Verursachers einzureichen.
5. Ich bestätige den Erhalt des Hilfsmittels.

Mir ist bekannt, dass die Lieferung der oben genannten Hilfsmittel vor Erteilung einer Kostenzusage durch die zuständige Krankenkasse erfolgt ist.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Kostenübernahme durch die Krankenkasse noch nicht entschieden ist und dass – im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme – die entstehenden Kosten von mir selbst zu tragen sind.

Heidelberg, Unterschrift: _____

Kostenübernahmeerklärung

Reha Team Maisch GmbH. Im Schuhmachergewann 10, 69123 Heidelberg Kundendaten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Versichertennummer:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefonnrummer:

Email:

Ich bin mit der Lieferung folgender Hilfsmittel einverstanden:

Hilfsmittelbezeichnung: Bitte auswählen oder Bezeichnung eintragen

Seriennummer:

Für eventuelle Kosten, die der Kostenträger nicht übernimmt, werde ich selbst aufkommen.

Heidelberg, Unterschrift: _____

Name, Vorname und Anschrift der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in* oder abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

☐ Elternteil** ☐ Betreuer/-in ☐ Ehegattin/-gatte

☐ oder _____

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere der Rezeptdaten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, ggf. Diagnose, verordnetes Heil-/Hilfsmittel, verordnender Arzt, Leistungsdaten etc.) an die Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (Optica) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.

Ich erkläre mich ferner mit der Abtretung der Forderungen des Leistungserbringers an Optica sowie der im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch Optica an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G., Düsseldorf, (apoBank) einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass Optica die Leistungen des Leistungserbringers dann mir bzw. – bei vereinbarter Direktabrechnung – meiner Krankenversicherung im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Bei Direktabrechnung erkläre ich mich damit einverstanden, dass Optica die zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Daten an meine Krankenversicherung weitergibt.

Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Leistungserbringer in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde den Leistungserbringer sowie Optica von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber dem Leistungserbringer oder Optica zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Heidelberg,

Ort/Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in*
und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in
*Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Optica

Optica Abrechnungszentrum
Dr. Güldener GmbH
Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart

Original zur Ablage in Karteikarte

Firmen-/Praxisstempel

IK 330824643

Reha Team Maisch GmbH
Im Schuhmachergewann 10
69123 Heidelberg

Optica_EE_V09.12/23-50000