

Antrag auf Leistungserbringerwechsel



Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

Bisheriger Versorger _____

Letzte Versorgung bzw.
Abrechnungsmonat

Einwilligungserklärung:

Hiermit beauftrage ich das Vital-Zentrum Sanitätshaus Glotz GmbH, unten aufgeführte Dienstleistungen auszuführen und Hilfsmittel an mich zu liefern*.

☐ **Reha**

- | | |
|--|--|
| ☐ Bade- und Duschhilfen | ☐ Gehhilfen |
| ☐ Dekubitusversorgung | ☐ Kranken-/Behindertenfahrzeuge |
| ☐ Sonstiges: | |

bisheriger Versorger: : _____

Letzte Versorgung bzw. Abrechnungsmonat

☐ **Medizintechnik**

- | | |
|--|--|
| ☐ Sauerstoff | ☐ Heimbeatmung |
| ☐ Schlafapnoe | ☐ Pulsoxymetrie |
| ☐ Hustenassistent | ☐ Absaugung |
| ☐ Tracheostoma | ☐ Sonstiges: |

bisheriger Versorger: _____

Letzte Versorgung bzw. Abrechnungsmonat

☐ **Homecare**

- | | |
|---|---|
| ☐ Enterale Ernährung | ☐ Inkontinenz |
| ☐ Stoma | ☐ Enterale Technik |
| ☐ Verbandstoffe | ☐ Wundversorgung |
| ☐ Kolo-, Ileo-, Urostoma | |
| ☐ Sonstiges: | |

bisheriger Versorger: _____

Letzte Versorgung bzw. Abrechnungsmonat

Ort/Datum

Unterschrift

* Es liegt eine datenschutzrechtliche Einwilligung des Versicherten gemäß DSGVO vor.

Das Vital-Zentrum Sanitätshaus Glotz GmbH ist berechtigt, im Rahmen des Leistungserbringerwechsels die zur Versorgung erforderlichen Auskünfte bei Krankenkassen, bisherigen Leistungserbringern, sowie weiteren beteiligten Stellen einzuholen und die hierfür notwendigen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.