

Techniker Krankenkasse
Fachzentrum Hilfsmittel
20906 Hamburg

Datenübermittlung an einen Hilfsmittellieferanten

Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass die Techniker Krankenkasse einen ihrer Vertragspartner mit der Lieferung der mir verordneten Hilfsmittel beauftragt. Meine dafür erforderlichen Daten und die Hilfsmittelbescheinigung bzw. -verordnung dürfen an den Vertragspartner übermittelt werden.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann von mir jederzeit widerrufen werden. Sie gilt einmalig für die anstehende Hilfsmittelversorgung.

Persönliche Angaben

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____
Tag / Monat / Jahr

Straße inkl. Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon (freiwillige Angabe) _____

Datum

Tag	Monat	Jahr			

 Unterschrift _____