
Vorname, Nachname

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Geschäftszeichen



Techniker Krankenkasse
Fachzentrum Hilfsmittel
20906 Hamburg

Datenübermittlung an einen TK-Hilfsmittellieferanten

Persönliche Angaben

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Telefon, freiwillige Angabe

Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass die Techniker Krankenkasse einen Vertragspartner beauftragt, mir das verordnete Hilfsmittel bzw. die verordneten Hilfsmittel zu liefern:

Name des Hilfsmittels, z. B. Hörgerät, Kniebandage

Meine personenbezogenen Daten kann die Techniker Krankenkasse an zugelassene Hilfsmittellieferanten weitergeben. Dies sind mein Name, meine Anschrift, meine Telefonnummer (sofern der TK bekannt), mein Geburtsdatum, meine Versichertennummer und meine Hilfsmittelbescheinigung bzw. -verordnung.

Hinweise: Ihre Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie jedoch nicht einwilligen, können wir diese Hilfsmittelversorgung nicht für Sie leisten. Weitere Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder elektronisch widerrufen. Ihren Widerruf senden Sie bitte an: Techniker Krankenkasse, Fachzentrum Hilfsmittel, 20906 Hamburg, E-Mail: hilfsmittel@tk.de.

Sie haben gegenüber der TK außerdem jederzeit das Recht auf Berichtigung, Auskunft, Einschränkung und Löschung Ihrer Daten. Nutzen Sie dafür bitte folgenden Ansprechpartner der TK: Techniker Krankenkasse, Beauftragter für den Datenschutz, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, Fax: 040 - 69 09-2615, E-Mail: datenschutz@tk.de.

Ihre erhobenen und gespeicherten Daten werden gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Tag

Monat

Jahr

Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)