

Krankenkasse: .....  
Abteilung: .....  
Straße: .....  
PLZ/Ort: .....

## Auswahl des Leistungserbringers

### Patientendaten

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Straße: ..... Telefonnummer: .....

PLZ / Ort: ..... E-Mail: .....

Versicherungsnummer: .....

### Wahlrechtserklärung (gem. § 33 i. V. m. § 2 Abs. 3 SGB V)

Hiermit mache ich von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch und beauftrage die Firma ..... mit der Versorgung von rtCGM-Sensoren zur Diabetestherapie. Laut meinem Kenntnisstand ist die Firma ..... ein Vertragspartner von Ihnen. Somit ist meinem Wahlrecht nachzukommen.

Aktuell werde ich durch die Firma ..... mit CGM-Verbrauchsmaterial beliefert. Hiermit widerrufe ich diese laufende Versorgung zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Mit der neuen Verordnung wird auf das folgende System gewechselt: .....

### Gründe für Systemwechsel:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Messungengenauigkeit              | <input type="checkbox"/> keine Kalibrierungsmöglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Pflasterunverträglichkeit         | <input type="checkbox"/> Häufige Systemausfälle         |
| <input type="checkbox"/> Alarmwiederholungen nicht möglich | <input type="checkbox"/> Pumpentherapie                 |
| <input type="checkbox"/> sonstiges                         |   |

### Datenschutzbestimmungen

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und alle für die Versorgung notwendigen Informationen an die Firma: ..... weitergeleitet werden. Die Firma ..... verpflichtet sich, diese Daten und Informationen vertraulich und nur unter der Beachtung der aktuellen Datenschutzbestimmungen zu erfassen, zu nutzen und weiterzuleiten. Einer Weitergabe der Daten und Informationen an die Krankenkasse und einer anonymisierten statistischen Erfassung habe ich explizit zugestimmt. Ich kann jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne nachteilige Auswirkungen für meine Krankenversicherung meine Einwilligung und meine Wahl des Leistungserbringers widerrufen. Eine Kopie dieser Einwilligung/Vereinbarung habe ich erhalten.

Ort, Datum: ..... Name in Druckbuchstaben: .....

Unterschrift des Patienten oder dessen gesetzl. Betreuer(in)/Vertreter(in): .....