

**Auftrag zur Beantragung eines Hilfsmittels**

**Bitte ausgefüllt und mit Rezept zurücksenden an:**

**REHAVISTA GmbH  
 Konsul-Smidt-Straße 8c  
 28217 Bremen**

Zur Beantragung des Hilfsmittels für \_\_\_\_\_

- haben wir Ihnen bereits die ärztliche Verordnung / das Rezept für das zu beantragende Hilfsmittel zugeschickt. Umseitig willigen wir in die Datenverarbeitung ein und beauftragen Sie hiermit.
- willigen wir umseitig in die Datenverarbeitung ein und beauftragen Sie hiermit. Wir senden Ihnen außerdem die ärztliche Verordnung / das Rezept für das zu beantragende Hilfsmittel laut Verordnungs-/Rezepttext:

---



---



---



---

**Bitte beachten Sie hierbei Folgendes:**

- 1. Verordnungsfeld: Hier Rezepttext und Diagnose (ICD 10) eintragen lassen**
- 2. Kennzeichnung Hilfsmittel: Ziffer 7**
- 3. Das Rezept ist nur 28 Tage ab Ausstellungsdatum gültig, deswegen benötigen wir dieses sehr zeitnah**

The image shows a medical prescription form with the following fields and annotations:

- Annotation 1:** Points to the 'Rp.' (Rezepttext) field, which is currently empty.
- Annotation 2:** Points to the 'Zusatzk.' (Zusatzkennung) field, where the number '7' is entered.
- Other fields:**
  - Krankenkasse bzw. Kostenträger
  - Name, Vorname des Versicherten
  - geb. am
  - Kostenträgerkennung
  - Versicherten-Nr.
  - Status
  - Betriebsstätten-Nr.
  - Arzt-Nr.
  - Datum
  - Abgabedatum
  - Abgabedatum in der Apotheke
  - Unterschrift des Arztes
  - Muster 10 (10.2014)

## Einwilligung Datenverarbeitung und -speicherung und Auftrag Beantragung

Hiermit beauftrage ich die Firma REHAVISTA GmbH, einen Leistungsantrag auf Hilfsmittelversorgung und Dienstleistungen gemäß der ihr übergebenen ärztlichen Verordnung bei den für mich zuständigen Kostenträgern zu stellen. In diesem Zusammenhang erkläre ich mich damit einverstanden, dass die REHAVISTA GmbH bzw. von ihr beauftragte MitarbeiterInnen die für die Beantragung erforderlichen Unterlagen einholt und an die für den Versorgungsentscheid zuständigen Stellen weiterleitet.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Daten und die erforderlichen Unterlagen bei der REHAVISTA GmbH gespeichert und verarbeitet werden. Falls erforderlich werden die Daten an weitere Unternehmen, die an der Abwicklung der Versorgung beteiligt sind, weitergegeben. Die REHAVISTA GmbH hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass sie dazu gemäß den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes handelt und eine Weitergabe meiner Daten an Dritte, ausgenommen der für den Versorgungsentscheid zuständigen Stellen gem. § 276 Abs. 2 SGB V, nicht ohne meine ausdrückliche Zustimmung erfolgt.

Die Datenverarbeitung erfolgt außerdem auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO und in dem Interesse, die von mir gewünschte Versorgung durch Leistungen der REHAVISTA GmbH im Rahmen der vorgegebenen Möglichkeiten bei meinem zuständigen Kostenträger in meinem Namen vorzubringen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die ermittelten Daten nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für die Dauer dieser Fristen archiviert werden.

Zur Vereinbarung eines Auslieferungstermins und zur Klärung offener Fragen in Bezug auf die geplante Versorgung durch die REHAVISTA GmbH dürfen Sie mich telefonisch kontaktieren. Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass Sie mich zur Durchführung folgender weiterer Leistungen während des Versorgungszeitraumes telefonisch kontaktieren (bei Widerruf: nicht Zutreffendes bitte streichen!):

- zur Kundennachbetreuung wie z.B. einer Befragung zur Kundenzufriedenheit oder Informationen zu Neuheiten und Verbesserungen meines Hilfsmittels und
- zur Terminabsprache für eine Wartung oder einen Servicetermin für mein Hilfsmittel nach Vorgaben des Herstellers und/oder Absprachen der REHAVISTA GmbH mit meinem Kostenträger.

### VersicherteR:

Ort, Datum:

Unterschrift VersicherteR

### VertreterIn/BetreuerIn:

Vorname:

Name

ggf. Adresszusatz (Schule, Einrichtung, Institution ...):

Straße:

PLZ, Ort:

Ort, Datum:

Unterschrift VertreterIn/BetreuerIn

## Datenschutzhinweis

Die REHAVISTA GmbH verarbeitet die erhobenen Daten gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b Datenschutzgrundverordnung zum Zweck der Vertragserfüllung. Dies umfasst auch die damit einhergehende Kundenbetreuung. Falls erforderlich, werden personenbezogene Daten an die Unternehmen weitergegeben, die an der Abwicklung dieses Vertrags beteiligt sind, z.B. zur Leistungserfüllung (z.B. Auslieferung von Waren, Bearbeitung von Anfragen) an unsere Vertriebsgesellschaften.