

Patientenerklärung zum Wahlrecht des Leistungserbringers

Vorname

Name

Straße

Geburtsdatum

PLZ/Ort

Telefon (tagsüber)

E-Mail

Versichertennummer

Krankenkasse

Ich habe mich entschieden, ab sofort bzw. zum _____ meine Versorgung durch die DIASHOP GmbH durchführen zu lassen.

☐ Es handelt sich um einen Wechsel des Leistungserbringers/einen Systemwechsel:

Aktuell werde ich durch die Firma _____ mit Verbrauchsmaterial für mein CGM-System/meine Insulinpumpe versorgt. Mir liegen noch bis zum _____ (genaues Datum) bzw. _____ Stück (genaue Menge) Infusionssets/Reservoirs für meine Insulinpumpe bzw. Sensoren für mein CGM-System vor. Danach widerrufe ich diese laufende Versorgung zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

CGM-System: Gründe für den Systemwechsel – bitte ankreuzen:

- ☐ Therapieziel nicht erreicht
- ☐ Pflasterunverträglichkeit
- ☐ Alarmwiederholungen nicht möglich
- ☐ Wechsel auf die Insulinpumpentherapie/AID-System mit folgendem System: _____
_____ geplant ab _____
- ☐ Keine Kalibrierungsmöglichkeit
- ☐ Häufige Systemausfälle
- ☐ Messungenauigkeit
- ☐ Sonstige _____

Den Kundenservice der DIASHOP GmbH, Galileostr. 1, 82131 Gauting-Unterbrunn, erreichen Sie unter:

Gebührenfreie Hotline 0800 / 99 00 88 0

E-Mail shop@diashop.de

Gebührenfreies Fax 0800 / 88 00 08 0

Web www.diashop.de

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift*

* Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder ggf. des gesetzlichen Betreuers oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person