

# 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.

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

|                        |  |
|------------------------|--|
| Gebührenfreie Hotline  | 0800 / 99 00 88 0                      |
| Gebührenfreies Fax     | 0800 / 88 00 08 0                      |
| E-Mail                 | shop@diashop.de                        |
| Web                    | www.diashop.de                         |
| Diabetes Fachgeschäfte | www.diashop.de/diabetes-fachgeschaefte |

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

Ort, Datum

Name, Vorname

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