

Vorname und Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Vers.-Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Geburtsdatum: _____

Privat versichert*: (*Seite 2 beachten!) Ja Nein

Zuzahlungsbefreiung: Ja Nein

THERAPIE SYSTEM

Elvie Trainer mit Biofeedback Hilfsmittelpositionsnummer 15 25 19 2026

Emy Trainer mit Biofeedback Hilfsmittelpositionsnummer 15 25 19 2027

Verordnungsdauer: Erstverordnung zum Verbleib

Diagnose:

Harnbelastungsinkontinenz (I° II° III° rezidiv) Stuhlinkontinenz (sensor. neurog. muskulär)

Drang gem. Belastungs-| Dranginkontinenz Neurogene Blasenentleerungsstörung

besteht seit (Monat | Jahr): _____

Ursachen | Anamnese: _____

DIAGNOSTISCHE MAßNAHMEN

Miktionstagebuch vag. | rek. Digitaluntersuchungen Uroflow

Urodynamik Sonstige: _____

ART UND DAUER DER BISHERIGEN THERAPIEN

Therapeutisch angeleitete, begleitende Beckenbodengym.

Biofeedback

Medikam. Therapie

Zeitraum: _____

Der Einsatz des Therapiesystems ist zwingend erforderlich um das Therapieziel zu erreichen, da der Erfolg der bisherigen Therapie nicht ausreichend war. Der Patient ist bereit das Therapiesystem im Rahmen eines Therapieregimes mit Physio- und Verhaltenstherapie einzusetzen und ein Inkontinenztagebuch zu führen.

Datum | Stempel | Unterschrift Arzt _____

Das Therapiesystem, Serien-Nr.: _____ wurde dem Patienten ausgehändigt.

Der Patient hat sich für die Heimanwendung des oben gekennzeichneten Therapiesystems entschieden (§ 2 Abs. 3 SGB V). Ich beurteile den Einsatz des Systems, in dessen Handhabung der Patient ein-gewiesen wurde, als geeignete Therapie zur Besserung der Symptomatik bzw. Wiederherstellung der Kontinenz. Der Patient ist psychisch und physisch in der Lage diese Therapie - entsprechend meiner Anweisung - in Form der Heimtherapie durchzuführen. Der Vertrieb erfolgt durch: Milchwiese | Witzleben Apotheken oHG, Kaiserdamm 19, 14057 Berlin, IK 309523090, +49 30 89402044, milchwiese@witzleben-apotheke.de

Ich bestätige den Erhalt des o.g. Therapiesystems und die Einweisung in dessen Handhabung (inkl. Gebrauchs-, Sicherheits- und Lieferhinweise), durch einen, durch die Milchwiese | Witzleben Apotheken oHG autorisierten Medizin-produkteberater. Das System wurde durch die Praxis | Klinik individuell für mich, aufgrund der bei mir vorliegenden, speziellen Symptomatik beim Hersteller bestellt und mir in einwandfreiem Zustand übergeben. Ich erkenne mit meiner Unterschrift, die auf der Rückseite benannten Bedingungen! und Gewährleistungshinweise | Eigentumsvorbehaltserklärung an. Ich wurde über die seit dem 01.01.2004 gültige Zuzahlungsregelung für Hilfsmittel (10% des Abgabepreises, mindestens 5,- €, höchstens 10,- €) für gesetzlich Versicherte informiert.

Unterschrift Patient _____

Herausgeber: Milchwiese | Witzleben Apotheken oHG, Kaiserdamm 19, 14057 Berlin, IK 309523090

1. BEDINGUNGEN

Ich habe mich für den Einsatz dieses Systems entschieden und werde es entsprechend der ärztlichen Anweisung einsetzen. Ich wurde über die unterschiedlichen o.g. Hilfsmittel zur Behandlung aufgeklärt. Die Versorgungsleistung beinhaltet die Überlassung des Therapiegerätes nebst sämtlichem, für die Anwendung notwendigem Zubehör sowie die vorgeschriebene Beratung und Einweisung. Mir ist bekannt, dass mir das System aufzahlungsfrei überlassen wird. Die Inanspruchnahme eines Hilfsmittels, das über das Maß des Notwendigen hinausgeht und für das Mehrkosten entstehen, wurde mir nicht angeboten.

2. GEWÄHRLEISTUNGSHINWEISE/ EIGENTUMSVORBEHALTSEKTLÄRUNG

ausschließlich für gesetzlich Versicherte. Der Patient ist Besitzer des Hilfsmittels. Eigentümer des Hilfsmittels ist, je nach Vertragsvereinbarung, der Lieferbetrieb oder die Krankenkasse. Der Patient hat eine Nutzung des Gerätes durch Dritte zu verhindern, ausreichend gegen Diebstahl zu sichern und haftet für alle daraus entstehenden Schäden. Verletzt der Versicherte seine Verpflichtung auf ausreichende Sicherung des Hilfsmittels, so haftet er dem Eigentümer auf Ersatz des Zeitwertes des Hilfsmittels. Bei Beschädigungen durch Dritte ist dem Eigentümer unverzüglich ein Schadensprotokoll mit Namen und Adresse des Schädigers zu übermitteln. Der Versicherte hat das Hilfsmittel bestimmungs-, sachgemäß und pfleglich zu behandeln. Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grob fahrlässiges Verhalten | Vorsatz entstehen, hat der Versicherte auf eigene Kosten durch den Lieferbetrieb beseitigen zu lassen. Der Versicherte hat die Kasse von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben. Wenn die medizinischen Gründe für die Verwendung des Hilfsmittels entfallen, ist der Lieferbetrieb | Eigentümer unverzüglich zu unterrichten. Das Hilfsmittel ist zur Abholung bereitzustellen. Wird diese Verpflichtung durch den Versicherten oder dessen Erben verletzt, so kann der Lieferbetrieb | Eigentümer den ihm hierdurch entstehenden Schaden geltend machen.

EINWILLIGUNG IN DATENVERARBEITUNG

Die Milchwiese | Witzleben Apotheken oHG, Kaiserdamm 19, 14057 Berlin (nachfolgend "Milchwiese" genannt) verarbeitet Ihre Daten zum Zweck der Vertragsdurchführung, zur Erfüllung ihrer vertraglichen und vorvertraglichen Pflichten. Die Datenverarbeitung ist für die Durchführung des Vertrags erforderlich und beruht auf Artikel 6 Abs. 1 b) DSGVO. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung statt, außer zur Durchführung vertraglicher Pflichten. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind.

RECHTE DES BETROFFENEN

Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht
Sie sind gemäß Art. 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Milchwiese um Auskunfterteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß Art. 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Milchwiese die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angab von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und diese Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Milchwiese (Milchwiese eine Marke der Witzleben Apotheken oHG, Kaiserdamm 19, 14057 Berlin Fax: +49 (0) 30 89402044) oder per E-Mail (milchwiese@witzleben-apotheke.de) übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter www.milchwiese.de
Mit meiner Unterschrift willige ich in die Datenverarbeitung und die Datenschutzbestimmungen ein.

Datum | Unterschrift Patient _____

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG ausschließlich für Privatversicherte

Ich habe mich für den sofortigen Beginn der Therapie entschieden und erkläre mich mit der Kostenübernahme einverstanden. Ich wurde über die Kosten in Höhe von 199,- € inkl. gesetzl. MwSt. des mir verordneten Systems informiert

Datum | Unterschrift Patient _____