



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

<b>Datenübermittlung an einen Hilfsmittellieferanten</b>	
<b>A. Angaben zur Person</b>	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
<b>B. Einwilligung</b>	
<p>Ich bitte darum, dass die landwirtschaftliche Krankenkasse einen Ihrer Vertragspartner zur Lieferung des/ der mir verordneten Hilfsmittel(s) beauftragt.</p> <p>Verordnete(s) Hilfsmittel:</p>  <p>In diesem Zusammenhang dürfen meine dafür erforderlichen Daten (u. a. ärztliche Verordnung) einmalig an den Vertragspartner weitergeleitet werden.</p> <p>Weitere Anmerkungen:</p>  <p>_____</p> <p>Datum    Unterschrift</p>	
<b>C. Erklärung</b>	
<p>Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der LKK widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zum Widerruf bleibt hiervon unberührt. Sie haben jedoch das Recht auf Löschung.</p> <p>Weitere Anmerkungen:</p>  <p>Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage <a href="http://www.svlfg.de">www.svlfg.de</a> unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.</p>	