

# Wahlrechtserklärung

## Angaben zur versicherten Person / Kunden

\_\_\_\_\_  
Anrede

\_\_\_\_\_  
Kundennummer

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Mobiltelefon

\_\_\_\_\_  
Versichertenstatus

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Gerät

\_\_\_\_\_  
Maske

\_\_\_\_\_  
Luftbefeuchter

\_\_\_\_\_  
Aktuelle Laufzeit

## Wahlrechtserklärung (gem. § 33 i.V.m. § 2 Abs.3 Sozialgesetzbuch V)

Hiermit mache ich von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch und beauftrage die Firma ResMed GmbH & Co. KG / ResMed Medizintechnik GmbH (nachfolgend „ResMed“ genannt) mit der Versorgung von Produkten zur respiratorischen Therapie.

Aktuell werde ich durch die Firma/Firmen \_\_\_\_\_  
mit Hilfsmitteln aus dem Bereich

- |   |                                    |   |   |
|---|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma                 | <input type="checkbox"/> Beatmung  | <input type="checkbox"/> schlafbezogene<br>Atmungsstörungen | <input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie |
| <input type="checkbox"/> Pulsoximetrie/<br>Monitoring | <input type="checkbox"/> Vernebler | <input type="checkbox"/> Absaugung                          |   |

beliefert.

Ich spreche der Firma ResMed mein vollstes Vertrauen aus und möchte, dass meine Versorgung ab sofort über ResMed erfolgt. ResMed ist der Leistungserbringer meiner Wahl.

### Ich wurde über folgende Punkte aufgeklärt

- Die Hilfsmittel zur Versorgung bei Tracheostoma/Laryngektomie dürfen ausschließlich vom angegebenen Hilfsmittellieferanten bezogen werden.
- Die im Zusammenhang mit der Versorgung bei Tracheostoma/Laryngektomie gelieferten Geräte (Absauggeräte, Vernebler, Sprechhilfen) verbleiben im Eigentum des Hilfsmittellieferanten und sind ausschließlich von diesem zu reparieren und zu warten.
- Ein Wechsel zu einem anderen Lieferanten kann nur jeweils nach Ablauf des zuletzt genehmigten Versorgungszeitraums erfolgen.
- Ich verpflichte mich, die ärztliche Verordnung nicht an andere Leistungserbringer weiterzugeben. Im Falle einer Doppelversorgung werden die entstehenden Mehrkosten nicht von der Krankenkasse übernommen. Mir ist bekannt, dass die so entstandenen Mehrkosten von mir zu tragen sind.

Ferner bevollmächtige ich ResMed für die Dauer und im Rahmen meiner Versorgung, ärztliche Verordnungen meine Person betreffend einzuholen und entgegenzunehmen sowie diese an meine Krankenkasse/-versicherung weiterzuleiten.

### Kontaktdaten behandelnde:r Arzt/Ärztin

Name \_\_\_\_\_

Straße, PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass meine vorgenannte behandelnde ärztliche Fachperson die für die Durchführung dieser Versorgung erforderlichen medizinischen Unterlagen an ResMed weiterleitet. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung bzw. Bevollmächtigung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Als E-Mail-Kontakt steht mir für den Widerruf die Adresse [wahlrechtserklaerung@resmed.de](mailto:wahlrechtserklaerung@resmed.de) zur Verfügung.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

**ResMed GmbH & Co. KG** Fraunhoferstraße 16, 82152 Martinsried  
Postfach 1535, 82144 Martinsried  
**T** +49 89 9901-00 **F** +49 89 9901-1055 **E** [reception@resmed.de](mailto:reception@resmed.de)

Wird durch ihre einzelvertretungsberechtigte Komplementärin, die ResMed GmbH Verwaltung vertreten, diese durch ihre einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer: Isabel Kröniger, Sascha Kreckmann; Amtsgericht München HRB 155 337, Sitz: Martinsried

Commerzbank Mönchengladbach, BLZ 310 800 15, KTO 909 029 000  
IBAN DE05 3108 0015 0909 0290 00, SWIFT-BIC DRESDEFF310

Amtsgericht München HRA 85330, Sitz: Martinsried  
VAT-Nr. DE 812 129 925  
IK Nr. 590 914 447  
WEEE-Reg.-Nr. DE 95 744 889

**ResMed-Healthcare.de**

## Sehr geehrte:r Patient:in,

wir freuen uns, Sie als Anwender:in eines Geräts der Firma ResMed bei Ihrer Atemtherapie begleiten zu dürfen. Gerne übernehmen wir im Rahmen unserer Verantwortlichkeiten die weiteren Schritte in Bezug auf Ihre Versorgung durch uns, um eine fortlaufende und reibungslose Therapie zu gewährleisten.

Sobald die Versorgung abschließend mit Ihrer Krankenkasse geklärt ist, erhalten Sie ein Informationsschreiben von uns. Bitte informieren Sie sich bis dahin bei Ihrem vorherigen Leistungserbringer über die Vorgehensweise der Rückgabe Ihres bisherigen Atemtherapiegerätes.

Ihre Krankenkasse und die Firma ResMed GmbH & Co.KG haben eine Hilfsmittelvereinbarung über die Versorgung mit Atemtherapiegeräten getroffen.

### Diese Vereinbarung beinhaltet für Sie folgende Punkte

1. Versorgung mit einem Atemtherapiegerät der Firma ResMed GmbH & Co. KG auf Grundlage der ärztlichen Verordnung. Zum Ablauf des Versorgungszeitraums setzen wir uns rechtzeitig mit Ihnen bezüglich der Weiterführung der Therapie in Verbindung.
2. Bei wartungspflichtigen Geräten liegt die Instandhaltung (Wartung) gemäß Herstellerangaben und die Instandsetzung (Reparatur) während der Nutzungszeit bei der Firma ResMed GmbH & Co. KG.
3. Versorgung mit Zubehör in medizinisch notwendigem Umfang (z. B. Masken, Maskenbänder, Atemschlauch, Filter, etc.) während der Nutzungszeit durch die Firma ResMed GmbH & Co. KG.
4. Information und Beratung über Anwendung und Pflege des Atemtherapiegerätes und des Zubehörs während der Nutzungszeit durch die Firma ResMed GmbH & Co. KG.

Die Vereinbarung bedeutet, dass ResMed für Sie der alleinige Ansprechpartner ist.

### Wichtige Hinweise

Extrakosten sind durch die o. g. Hilfsmittelvereinbarung nicht abgedeckt und werden privat in Rechnung gestellt. Darunter fallen z. B. Bestellung von Zubehör, Instandhaltung oder Instandsetzung bei anderen Firmen sowie zusätzliche Artikel, die außerhalb des medizinisch notwendigen Umfangs benötigt werden.

Ihr Wohlbefinden im Rahmen der Therapie liegt auch in Ihren Händen. Sie selbst beeinflussen den erfolgreichen und reibungslosen Verlauf der Therapie, nicht zuletzt durch die richtige Anwendung und Pflege von Gerät und Zubehör. Wir bitten Sie daher um genaue Beachtung der Gebrauchsanweisung.

Sollten Sie Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter im Patientenservice gerne zur Verfügung.

**Kostenfreie Service-Nummer: 0800 – 2 777 000**

**Montag – Freitag 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr**

Wir freuen uns über Ihr Vertrauen und bedanken uns schon heute für Ihre Mithilfe.

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Therapie.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr ResMed Patientenservice

**ResMed GmbH & Co. KG** Fraunhoferstraße 16, 82152 Martinsried  
Postfach 1535, 82144 Martinsried  
**T** +49 89 9901-00 **F** +49 89 9901-1055 **E** reception@resmed.de

Wird durch ihre einzelvertretungsberechtigte Komplementärin, die ResMed GmbH Verwaltung vertreten, diese durch ihre einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer: Isabel Kröniger, Sascha Kreckmann; Amtsgericht München HRB 155 337, Sitz: Martinsried

Commerzbank Mönchengladbach, BLZ 310 800 15, KTO 909 029 000  
IBAN DE05 3108 0015 0909 0290 00, SWIFT-BIC DRESDEFF310

Amtsgericht München HRA 85330, Sitz: Martinsried  
VAT-Nr. DE 812 129 925

IK Nr. 590 914 447  
WEEE-Reg.-Nr. DE 95 744 889

**ResMed-Healthcare.de**