

Ihre Bestellung / Produktauswahl

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Ich wünsche eine Produktberatung und/oder Bemusterung.
Bitte rufen Sie mich bzw. meinen Betreuer/Bevollmächtigten dafür unter der Telefonnummer _____ an.
- Ich nutze zurzeit folgendes Produkt _____
Senden Sie mir bitte vergleichbare Artikel aus Ihrem Sortiment kostenfrei als Muster zu.
- Hiermit bestelle ich folgendes Produkt _____
Senden Sie die Ware bitte an die angegebene Adresse.
(Wichtig: Bei einer Bestellung senden Sie uns bitte das Original-Rezept zu. Erhalten wir kein Rezept, behalten wir uns vor, die bereits gelieferte Ware in Rechnung zu stellen.)
- Ich wünsche, dass unizell bzw. ein von unizell beauftragter Dienstleister mich telefonisch kontaktiert um mich zu befragen, wie ich mit der Versorgungsqualität zufrieden bin.

Einwilligung Datenweitergabe

- Ich bin damit einverstanden, dass - zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung - die erforderlichen medizinischen Informationen und Unterlagen seitens meines behandelnden Arztes sowie des beauftragten Pflegepersonals an unizell und den Kooperationspartner weitergegeben werden.
Die medizinischen Informationen und Unterlagen enthalten insbesondere Angaben zu meinen persönlichen Verhältnissen, zum Krankheitszustand, zu den Therapiemaßnahmen sowie zu den Untersuchungsergebnissen.
Ich bevollmächtige die Kooperationspartner und unizell zur Entgegennahme von ärztlichen Verordnungen/ Attesten und deren Weiterleitung an unizell.
Ich bin damit einverstanden, dass unizell für meine Versorgung, die Weiterbehandlung und Weiterleitung der ärztlichen Verordnung und die Abwicklung von Bestellungen personenbezogene Daten - im gesetzlichen Rahmen - erhebt, speichert, verarbeitet und für interne Zwecke vertraulich nutzt und an Kostenträger weiterleitet. Zu den personenbezogenen Daten gehören insbesondere meine Personalien, Anschrift und Telefonnummer, Angaben zum Kostenträger, zum Krankheitszustand, zu den Untersuchungsergebnissen und Therapiemaßnahmen.
Verantwortliche Stelle: unizell Medicare GmbH, Pohnsdorfer Str.3, 23611 Bad Schwartau
Die Einwilligung umfasst die Übermittlung - auch auf elektronischem Weg - von Patientendaten (u.a. Krankenversicherungsnummer, Aufnahme- und Entlassungsdiagnose) an meine Kranken- bzw. Pflegekasse oder Abrechnungszentren zu Zwecken des Kostengenehmigungsverfahrens und der Abrechnung.
Ich bestätige, dass ich von unizell vor Inanspruchnahme der Leistung beraten wurde, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach §33 Abs. 1, 2 und 5 SGB V für meine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Ich bin zudem darüber aufgeklärt worden, dass ich bei der Wahl von Hilfsmitteln oder zusätzlichen Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, die Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten selbst zu tragen habe.

Ort / Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten

Gerne sind wir persönlich für Sie da!

unizell Medicare GmbH

Pohnsdorfer Straße 3
23611 Bad Schwartau

Telefon: 0451 / 39 890 - 690
Telefax: 0451 / 39 890 - 22
E-mail: homecare@unizell.de
Montag bis Freitag 8 bis 17 Uhr

www.unizell.de

Überreicht durch:



**Ihre zuverlässige
Inkontinenzversorgung**

AUF REZEPT: SCHNELL, DISKRET UND DIREKT ZU IHNEN NACH HAUSE GELIEFERT.

Als Spezialist für Inkontinenz versorgen wir Sie mit Markenqualität.
Wir sind anerkannter Partner der Krankenkassen.

www.unizell.de

unizell

Freiheit
durch
Sicherheit

Titelbild: Wanda Karpenich von Pixels

unizell

Ihre Inkontenzprodukte

in nur drei Schritten



Ihr Rezept

Richtig ausgefüllt mit nur vier einfachen Angaben

Folgende Angaben müssen enthalten sein:

- 1 DIAGNOSE**
z.B. „Harninkontinenz“ oder „Harn- und Stuhlinkontinenz“
- 2 PRODUKTART**
Eine namentliche Nennung ist nicht notwendig, „Inkontenzmaterial“ oder „Inkontenzprodukt“ ist ausreichend.
- 3 ZEITRAUM**
Angabe der Versorgungsdauer, bei Dauerversorgung bis 12 Monate möglich.
- 4 STEMPEL UND UNTERSCHRIFT**
des behandelnden Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Hilfs- Ingf. Spr.-St. Begr-
SVG. mittel stoff Bedarf Pflanze Apotheken-Nummer / IK

Geb.-
pl. Name, Vorname des Versicherten geb. am

Zuzahlung Gesamt-Brutto

Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) Vertragsarztstempel

1

2

3

4

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Abgabedatum in der Apotheke

Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Ihre Kontaktdaten

Persönliche Daten des Versicherten

Versicherte/r Herr Frau Pflegegrad ja nein

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

Krankenkasse

Telefonnummer für Rückfragen

E-Mail Adresse

Ggf. gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter

Herr Frau

Name, Vorname

Telefonnummer für Rückfragen

Ggf. abweichende Lieferadresse

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort



1. Schritt: Produktwahl

Rufen Sie uns an, wir helfen Ihnen gerne bei der Auswahl der Produkte. Bei Bedarf senden wir Ihnen kostenfrei Muster zum Testen zu.



2. Schritt: Produkt bestellen / Produkt testen

Bestellen Sie einfach und bequem von zu Hause – telefonisch oder per E-Mail.



3. Schritt: Portofrei absenden

Senden Sie uns das ausgefüllte Kontaktformular, Ihr Rezept und ggf. die Kopie Ihres Befreiungsausweises im beiliegenden Freiumschlag zu.

Liegt ein Rezept für Inkontenzprodukte vor, übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die medizinisch notwendige Versorgung. Höherwertige Produkte, die das Maß des Notwendigen überschreiten, erfordern eine Aufzahlung.

Als Versicherte/r ab 18 Jahren zahlen Sie die gesetzliche Zuzahlung (10% des Erstattungsbetrages), sofern kein Befreiungsausweis vorliegt.



Telefon: 0451/39 890 – 690 | E-Mail: homecare@unizell.de