

# Wahlrechtsbestätigung



## 1. Versicherte/r

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Einrichtung: \_\_\_\_\_

## 2. Vertreter / Betreuer

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

## 3. Wahlrechtserklärung der/des Versicherten (nach § 33 i. V. m. § 2 Abs. 3 SGB V)

Mein behandelnder Arzt hat mir die nachstehend bezeichnete(n)

Hilfsmittel  Verbandmittel  Arzneimittel  Unterdrucktherapie verordnet.

Die Firma noma-med hat mich umfassend in allen Fragen rund um

Hilfsmittel  Verbandmittel  Arzneimittel  Unterdrucktherapie beraten.

Ich möchte diesem Betrieb mein Vertrauen aussprechen und wünsche, dass meine Versorgung über die noma-med GmbH erfolgt.

Noma-med ist der Leistungserbringer meiner Wahl.

## Genauere Bezeichnung der/des Hilfs-, Verband-, Arzneimittel/s oder der Unterdrucktherapie

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Raum für weitere Vermerke

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherte/r; Vertreter(in); Betreuer(in) \_\_\_\_\_

1. Formular ausdrucken
2. Ausfüllen
3. An Ihren bisherigen Nachversorger und an Ihre Krankenkasse senden  
....und zuverlässig von noma-med versorgt werden :-)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Kundennummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### **Wechsel des Leistungserbringers/Nachversorgerwechsel**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich Sie darüber informieren, dass ich ab dem Versorgungszeitraum \_\_\_\_\_ (Bsp. 05/2020) den Nachversorger/ Leistungserbringer wechsele.

Ich benötige ab dem oben genannten Zeitpunkt keine weiteren Lieferungen aus Ihrem Hause und bedanke mich für die bisherige Zusammenarbeit.

Eine bestehende Dauerverordnung verliert zum \_\_\_\_\_ seine Gültigkeit.

Dieses Schreiben leite ich als Kopie an meine Krankenkasse weiter.

Freundliche Grüße

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift