

Name _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____ Versichert.-Nr. _____

Einrichtung _____

Gesetzliche Vertreter

Name _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Wahlrechtserklärung der Versicherten / des Versicherten

Von meinem behandelnden Arzt / meiner behandelnden Ärztin wurde mir Folgendes verordnet:

Hilfsmittel Wundversorgung Arzneimittel Ernährung

Durch noma-med wurde ich umfassend beraten über:

Hilfsmittel Wundversorgung Arzneimittel Ernährung

Bezeichnung der / des Hilfs- oder Arzneimittels, der Wundversorgung oder der Ernährung:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

Der Vertrag mit dem Vorversorger ist bereits gekündigt Ja Nein

Die Versorgung über noma-med erfolgt ab dem _____

Sonstige Bemerkungen

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass o. g. Kunde / Kundin noma-med sein / ihr Vertrauen ausspricht und die Versorgung über diese Firma wünscht. noma-med ist somit der eigenständig gewählte Leistungserbringer.

Datum, Ort

I bhYfgW f]Zi?i bXY#?i bX]b'#
; YgYm`]W Y'J YfIf YHf