Wahlrechtsbestätigung

noma-med Homecare

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 **Unterschrift Kunde / Kundin / Gesetzliche Vertreter**

noma-med – Ein Geschäftsbereich der PubliCare GmbH
Kreuzacker 2 · 31177 Harsum
Geschäftsführung Leah Bayer

Telefon +49 (0) 5127 98 57 0
Fax +49 (0) 5127 93 11 40
E-Mail info@nomamed.de
Internet www.nomamed.de

Handelsregister HRB 35912
Sitz der Gesellschaft Köln
Registergericht Amtsgericht Köln