

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)