

Beratungsprotokoll zu Pflegehilfsmitteln

gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Pflegebedürftige Person

Ich/folgende pflegebedürftige Person wurde heute über den Anspruch auf Pflegehilfsmittel zum Verbrauch beraten:

Vorname Name

Straße/Nr.

PLZ Ort

Telefon Geburtsdatum

E-Mail Vers.Nr.

Beraten wurde

Ich stehe zum Pflegebedürftigen in folgender Beziehung:

- Angehöriger des Pflegebedürftigen Betreuer sonstige Pflegeperson

Vorname Name

E-Mail

Telefon

- Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Beratungsleistungen erbracht wurden:
- Information über den gesetzlichen Anspruch auf die Erstattung von zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel
 - Unterstützung bei der Auswahl der geeigneten Produkte und Bearbeitung des Antragformulars
 - Einweisung in die sach- und fachgerechte Nutzung der Produkte
- Mir ist bekannt, dass ich selbst entscheiden kann, bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer ich die von mir benötigten Pflegehilfsmittel bestelle und ich jederzeit das Recht habe, den Lieferanten zu wechseln, ohne dass ich hierdurch Nachteile bei der Versorgung befürchten muss. Meine Pflegebetreuung hat mich über mögliche Lieferalternativen informiert.
- Ich bin damit einverstanden, dass die CommitMed GmbH, Salzufer 11, 10587 Berlin, die von mir zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um mich über (Pflege)Hilfsmittel, Produkte zur Inkontinenz- und Wundversorgung, Hör-, Seh- und Gehhilfen zu informieren. Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@commitmed.de oder per Post an CommitMed GmbH, Salzufer 11, 10587 Berlin widerrufen.

Ihre zuvor gemachten Angaben werden an die CommitMed GmbH, Salzufer 11, 10587 Berlin übermittelt. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die CommitMed können Sie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen, welche auch unter www.pflegebox.de/datenschutz abrufbar sind.

Ort, Datum

X

Unterschrift der pflegebedürftigen Person/gesetzlicher Betreuer

Beratendes Unternehmen

Die Beratung wurde durchgeführt von:

Firma/Organisation Stempel:

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Ort, Datum

X

Unterschrift des Beraters

