

Haben Sie Fragen? Unser Kundenservice hilft Ihnen gerne weiter:

Kundenservice **ProCare**

☎ 030 755 11 200

✉ [procare@bunzl-healthcare.de](mailto:procare@bunzl-healthcare.de)

📄 030 755 11 299

🌐 [www.bunzl-healthcare.de](http://www.bunzl-healthcare.de)



## Lieferantenwahl

### Versicherte\*r

Vorname:	Nachname:	Kundennummer:	
Straße & Hausnummer:		PLZ:	Ort:
Telefon:		E-Mail:	
Geburtsdatum:	Versichertennummer:	Krankenkasse:	

### Betreuer\*in / Vertreter\*in (wenn zutreffend)

Vorname:		Nachname:	
Straße & Hausnummer:		PLZ:	Ort:
Telefon:	E-Mail:	Fax:	

**Versorgung:** Hiermit beauftrage ich die **BUNZL Healthcare GmbH** als Leistungserbringer für die Versorgung mit:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln | <input type="radio"/> Zusatznahrung       | <input type="radio"/> Pflegehilfsmitteln |
| <input type="radio"/> ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln  | <input type="radio"/> enteraler Ernährung | <input type="radio"/> Stoma-Artikeln     |

Ich wünsche den Versorgungsbeginn ab  /  (Frühestens ab Genehmigung der Krankenkasse.)  
MM JJJJ

Mir ist bekannt, dass ich einen anderen Lieferanten wählen kann, jedoch innerhalb eines Monats nicht von mehreren Lieferanten Produkte beziehen darf. Änderungen teile ich sofort schriftlich mit. Versäumnisse können zu meinen Lasten gehen.

**Rezeptanforderung** (Unser Service für Sie)

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt/ meine Ärztin die auf mich ausgestellten ärztlichen Verordnungen/ Rezepte über Hilfsmittel gemäß § 33 SGB V direkt an den oben genannten Leistungserbringer übermitteln darf, um eine optimale Versorgungsqualität zu gewährleisten.

**Datenschutz:** Meine Daten dürfen von der BUNZL Healthcare GmbH nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 28 DSGVO und der zur Versorgung und Abrechnung notwendigen Vorgänge an Mitwirkende meiner Versorgung weitergegeben werden. Ich kann mein Einverständnis zur Datenverarbeitung jederzeit widerrufen, Auskunft über meine Daten einholen oder diese löschen lassen. Auch entbinde ich die BUNZL Healthcare GmbH gemäß § 203 StGB von der Schweigepflicht gegenüber der Krankenkasse, dem/der behandelnden Arzt/Ärztin sowie medizinischen Diensten oder betreuendem Personal (falls zutreffend).

Kundennummer der Einrichtung:
Stempel der Einrichtung (falls zutreffend)
Wohnbereich:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten (ggf. Betreuer\*in / Vertreter\*in)

BUNZL Healthcare GmbH  
Kitzingstraße 15–19 + 12277 Berlin  
Commerzbank AG + BIC DRESDEFF100  
IBAN DE38 1008 0000 0377 3425 00

Geschäftsführung:  
Timo Neustock  
Katrin Grallert  
Thomas Göderitz

AG Charlottenburg  
HRB 24240  
IK-Nr. 591100069  
USt-ID DE136758180



Zertifiziert  
nach DIN EN  
ISO 9001

