PBeaKK
Gesund versichert.

Einwilligung zur Datenweitergabe bei der Pflege-/ Hilfsmittelversorgung (Datenschutz)

Wir haben eine Anfrage zur Genehmigung einer Pflege-/ Hilfsmittelversorgung erhalten.

Damit unser Vertragspartner einen Kostenvoranschlag erstellen kann, müssen wir Ihre Versicherungsnummer, Namen, Vornamen, Anschrift, Telefonnummer sowie Geburtsdatum und Bezeichnung des Hilfsmittels an unseren Vertragspartner übermitteln. Zur Erstellung eines Kostenvoranschlages wird sich unser Vertragspartner gegebenenfalls direkt mit Ihnen in Verbindung setzen.

Vor einer Datenweitergabe an unseren Vertragspartner benötigen wir dazu Ihre Einwilligung beziehungsweise Ihrer gesetzlichen Vertretung. Diese Einwilligung ist stets eine freiwillige Entscheidung und wird durch Ihre Unterschrift beziehungsweise die der gesetzlichen Vertretung erteilt.

Bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit ist für die Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln Folgendes zu beachten: Grundlage für die Versorgung ist das Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis. In der Privaten Pflegepflichtversicherung gilt grundsätzlich das Leihprinzip. Lehnen Sie die leihweise Überlassung ohne zwingenden Grund ab und/oder beschaffen sich das Pflegehilfsmittel ohne vorherige Genehmigung selbst, tragen Sie auch die Kosten selbst. Es gibt Ausnahmen, bei denen Pflegehilfsmittel, zum Beispiel aus hygienischen Gründen, nicht leihweise überlassen werden können. Soweit möglich beschaffen wir auch diese Pflegehilfsmittel gern für Sie über unseren Vertragspartner. Kaufen Sie sich diese Pflegehilfsmittel selbst, können Selbstbehalte aufkommen, da eine Erstattung nur bis zur Höhe unserer Vertragspreise möglich ist.

Wir möchten Sie daher bitten, die beigefügte Einwilligung unterschrieben an uns zurückzusenden. Falls Sie uns die Einwilligungserklärung nicht zurücksenden, können wir erst nach Vorlage der Rechnung den Erstattungsbetrag ermitteln. In diesem Fall müssen Sie gegebenenfalls mit Selbstbehalten rechnen.

Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

VblEVE_20260216

PBeaKK
Gesund versichert.

Absender:

Versicherungsnummer

Mitglied

Datum

Telefon

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Information zur Einwilligung (Datenschutz)

Ihre Einwilligung bezieht sich auf die Verarbeitung personenbezogener Daten für eine oder mehrere Hilfsmittelversorgungen. Sind mehrere Hilfsmittelversorgungen notwendig, so berücksichtigt die PBeaKK damit die Eilbedürftigkeit und Ihre lückenlose Versorgung.

Liegt keine Einwilligung vor oder wird diese widerrufen, so kann dies zu erheblichen Verzögerungen in der Hilfsmittelversorgung führen. Eine direkte Abrechnung zwischen der Firma, die die Hilfsmittelversorgungen vornimmt und der PBeaKK ist in diesem Fall nicht möglich. Es können neben Eigenbehalten weitere Selbstbehalte entstehen.

Verantwortliche für die Verarbeitung der besonderen Kategorien personenbezogener Daten ist die Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) mit Sitz in Stuttgart.

Bei Fragen oder Beschwerden kann ich mich an den Datenschutzbeauftragten der PBeaKK (datenschutz@pbeakk.de) oder an die Bundesbeauftragte für den Datenschutz, Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, wenden.

Einwilligungserklärung

Bitte wählen Sie **eine** der folgenden drei Antwortmöglichkeiten zur Datenweitergabe aus und kreuzen diese an:

I. Keine Einwilligung zur Weitergabe meiner Daten

☐ Ich erteile ausdrücklich keine Einwilligung zur Weitergabe meiner Daten.

II. Ausdrückliche Einwilligungserklärung zur Weitergabe meiner Daten und Versorgung durch die PBeaKK

☐ Ich willige ein und stimme der Versorgung durch die PBeaKK zu.

Ich, _____ habe die Informationen zum Datenschutz oben gelesen und willige ausdrücklich ein, dass die PBeaKK die Versicherungsnummer, Namen, Vornamen, Anschrift, Telefonnummer sowie Geburtsdatum und Bezeichnung des Hilfsmittels zum Zweck der Erstellung eines Kostenvoranschlages an den Hilfsmittelvertragspartner der Postbeamtenkrankenkasse übermitteln darf.

Diese Einwilligung erfolgt auch für weitere Hilfsmittelversorgungen, um ggf. Eilversorgungen bzw. lückenlose Versorgungen zu gewährleisten.

III. Ausdrückliche Einwilligungserklärung zur Weitergabe meiner Daten und keine Versorgung durch die PBeaKK

☐ Mit der Weitergabe der unter II. genannten Daten zum Zweck der Erstellung eines Kostenvoranschlages bin ich einverstanden. Ich möchte jedoch **keine** Versorgung durch die PBeaKK, da ich die Hilfsmittel selbst beschaffe.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen gegenüber der PBeaKK, 70467 Stuttgart widerrufen kann.

Datum	Unterschrift der betroffenen Person oder dessen gesetzlichen Vertreter/in