

## Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Daten (zum Verbleib beim Händler)

Ich bin damit einverstanden, dass durch die

Firma: Bär Sanitätshaus GmbH

meine Daten zum Zwecke der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln erhoben, verarbeitet und genutzt sowie an meine Krankenkasse und die Allcon GmbH als Hilfsmittelerbringer weitergegeben oder übermittelt und dort ebenfalls verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen zum vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und zur Erstellung elektronischer Kostenvoranschläge an externe Dienstleister übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an den oben genannten Händler.

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung beim Händler gelöscht. Der Händler wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

---

Abweichung Lieferadresse? Bitte lassen Sie diese korrigieren, sofern sie von der auf dem Rezept / der Verordnung abweichend ist. Bei mitversicherten Familienangehörigen, wie Kinder, bitte den Hauptversicherten angeben. Qualität: Preventsoft, ProAir, Deluxe

Name des Hauptversicherten

\_\_\_\_\_ Matratzenbezug:

Name des Kunden (Kind)

\_\_\_\_\_ B x L xH

Krankenkasse

\_\_\_\_\_ Oberbettbezug:

Versicherten-Nr.

\_\_\_\_\_ B x L

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_ Kissenbezug:

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_ B x L

Diese Daten sind für die Kommunikation wichtig. Bitte füllen Sie diese Felder aus!

1 Set Deluxe / ProAir 89,95 Aufpreis

Telefon-Nr. des Kunden

\_\_\_\_\_

Email-Adresse des Kunden

\_\_\_\_\_

Ich wurde in den letzten 10 Jahren schon einmal mit Allergie-Bettwäsche versorgt:

nein

ja

Eigenerklärung zur vollständigen Versorgung (Partnerversorgung/Etagenbettversorgung)  
der benötigten allergendichten Zwischenbettbezüge:

Hiermit erkläre ich, dass ich eine Partnerversorgung benötige,  
da ich mit meinem/er Partner/in in einem Doppelbett schlafe.

Hiermit erkläre ich, dass mein Kind eine Doppelversorgung benötigt,  
da es mit dem Geschwisterkind in einem Etagenbett schläft.

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und bestätige die Richtigkeit der Daten auf dem Rezept / der Verordnung, sowie der Lieferadresse.

Sonderanfertigungen sind gegen Aufpreis möglich

---

Datum, Unterschrift des Kunden