
Name, Vorname der/des Versicherten

geb. am

Straße

E-Mail

Telefon

PLZ, Ort

Datenschutzerklärung

Liebe Kunden,
die Angebotserstellung bzw. anschließende mögliche Abrechnung mit Ihrem Kostenträger kann nur mit Ihrer datenschutzrechtlichen Einwilligung nach Absatz 1 erfolgen.

Absatz 1: Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zum Versorgungsvorgang

Hiermit erteile ich in freier Entscheidung mein Einverständnis, dass meine besonderen personenbezogenen Daten, die der Vorabkontrolle unterliegen und für die bestimmungsgemäße Durchführung meiner Hilfsmittelversorgung erforderlich sind, nur von den von mir ausgewählten und beauftragten Leistungserbringern und deren Partnerfirmen erhoben, bearbeitet, gespeichert und aufbewahrt werden dürfen. Ich stimme dem Austausch dieser Daten zwischen den von mir beauftragten Leistungserbringern und deren Partnerfirmen nur im Rahmen des § 22 BDSG zu, soweit es für meine Hilfsmittelversorgung entsprechend der Zweckbestimmung erforderlich ist. Weiterhin stimme ich der Weitergabe meiner besonderen personenbezogenen Daten zum Zweck der Leistungsabrechnung nach § 302 SGB V, auch unter Einbeziehung beauftragter Abrechnungsinstitute — unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen — zu. Die Weitergabe meiner Gesundheits- und Sozialdaten, die über meine Auskunftspflicht nach § 206 SGB V hinausgeht, ist hiervon ausgeschlossen und bedarf einer gesonderten schriftlichen Zustimmung meinerseits. Ich wurde darüber belehrt, dass eine zielgerechte Hilfsmittelversorgung entsprechend der Zweckbestimmung ohne die von mir genehmigte Datenerhebung und dem Datenaustausch zwischen den von mir beauftragten Leistungserbringern und deren Partnerfirmen nicht möglich wäre. Ich erkläre mich damit einverstanden, zusätzlich zur üblichen Briefpost, per Telefon und / oder per E-Mail kontaktiert zu werden sofern es für den Versorgungsvorgang notwendig ist.

Ich erkläre mich zusätzlich damit einverstanden, dass die Firma feelSpace für mich entsprechende Verordnungen bei meinem Augenarzt anfordern kann und mich bei der Abwicklung einer evtl. anstehenden Versorgung unterstützt.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Firma feelSpace GmbH antragsrelevante Auskünfte bei meiner Krankenkasse erfragen darf. Darüber hinaus erteile ich mein ausdrückliches Einverständnis darüber, dass meine Krankenkasse der Firma feelSpace antragsrelevante Auskünfte erteilen darf.

Datum, Unterschrift

Absatz 2: Erweiterte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin zusätzlich zum Abs. 1 damit einverstanden, dass die feelSpace GmbH meine hier angegebenen personenbezogenen Daten zur Kundenansprache und Kundenbetreuung, zur Meinungsforschung (z. B. Kundenzufriedenheit), sowie zur individuellen Erstellung und Versendung von Produktinformationen per Briefpost oder elektronischer Post erhebt, verarbeitet und nutzt.

feelSpace GmbH gibt Ihre Daten niemals an Dritte weiter, sofern es nicht im Rahmen Ihrer Hilfsmittelversorgung nötig ist oder Sie uns ausdrücklich darum ersuchen. Sie erhalten jederzeit Auskunft über die bei uns gespeicherten Daten und wenn Sie nicht mehr einverstanden sind, genügt eine Mitteilung, und wir löschen Ihre Daten sofort.

Datum, Unterschrift

Widerspruchsrecht

Wenn Sie künftig keine Informationen mehr erhalten möchten, können Sie der Verwendung Ihrer Daten für Informations- oder Werbezwecke widersprechen — per Telefon unter +49 17656950617 oder per E-Mail an feelSpace unter der Adresse info@feelspace.de.