

Bestätigung Ausleihe eines Testprodukts

Ich möchte gerne folgendes Produkt testen:

☐ feelSpace naviGürtel, Bauchumfang _____ cm

☐ OrCam MyEye

Hiermit bestätige ich, _____, mit der Adresse _____, dass ich das/die oben genannte Gerät/e für **1 Woche** von der feelSpace GmbH, für eine Erprobung mit telefonischer Einweisung, kostenlos und unverbindlich ausleihe. Für die Einweisung kann man mich unter der Telefonnummer _____ erreichen und für weitere Absprachen und die Versandbenachrichtigung unter der E-Mail Adresse _____. Ich versichere das/die Gerät/e samt dem mitgelieferten Zubehör nach Erhalt innerhalb der Ausleihfrist **von 1 Woche** nach der telefonischen Einweisung an die feelSpace GmbH, Große Straße 17-19, 49074 Osnabrück, zurückzuschicken.

Falls das Paket mehr als 10 Tage zu spät abgeschickt wird und das nicht mit feelSpace abgesprochen ist, dann gehen wir davon aus, dass das Gerät gekauft wird und schicken eine entsprechende Rechnung. Ebenso falls das Gerät kaputt gegangen ist durch fahrlässige oder unsachgemäße Handhabung.

Mit der umseitigen Datenschutzerklärung bin ich einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift ausleihende Person

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 den 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](mailto:info@feelspace.de) unter der Adresse info@feelspace.de.