

SIGUPRAX UG
Bahnhofstraße 18
46414 Rhede

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

schön, dass Sie sich für die SIGUBOX entscheiden. Selbstverständlich möchten wir von SIGUPRAX Ihnen helfen, so schnell wie möglich Ihre kostenfreien Pflegehilfsmittel zu erhalten.

Alles was Sie dazu tun müssen ist:

Seite 1 und Seite 2 dieses Antrages ausfüllen, unterschreiben und an die obenstehende Adresse von SIGUPRAX senden.

Seite 3 und 4 des Antrages sind Informationen für Sie, die Sie uns nicht zusenden müssen.

Nutzen Sie einfach diese Seite mit unserer Adresse als Deckblatt für einen C4- oder DIN-Lang-Fensterumschlag.

Wir freuen uns auf Post von Ihnen!

Mit freundlichen Grüßen

Ihr SIGUBOX-Team



Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Telefon: (Nur für Rückfragen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben)		E-Mail:
Pflegegrad: (Bitte dringend angeben!) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Pflegegrad		
Versicherte(r) ist: <input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert* <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> über Ortsamt/Sozialamt versichert <small>* Privatpatienten gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten der SIGUBOX bei ihrer Pflegekasse selbst.</small>		
Versicherte(r) bezieht: <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung §36 (Pflege wird nur durch ambulanten Pflegedienst geleistet) <input type="checkbox"/> Pflegegeld §37 (Pflege wird nur durch Angehörige(n) oder andere private Pflegepersonen erbracht) <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung §38 (Pflege wird durch private Pflegeperson(en) und Pflegedienst gemeinsam erbracht)		

Angehörige(r)/Pflegeperson

Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon:		E-Mail:
Pflegeperson ist: <input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> (Schwieger-)Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Freund(in)/Bekannte(r) <input type="checkbox"/> Betreuer(in) Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		





Pflegedienst, wenn vorhanden

Nennen Sie uns bitte den betreuenden Pflegedienst (freiwillige Angabe)

Name Pflegedienst:	
Straße/Nr.:	
Telefon:	
PLZ/Ort:	

Auswahl SIGUBOX (monatliche Lieferung)

Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte SIGUBOX an

<input type="checkbox"/>  1 zwei Desinfektionsmittel ein Handdesinfektionsmittel zwei Packungen Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>  2 ein Desinfektionsmittel zwei Handdesinfektionsmittel eine Packung Einmalhandschuhe eine Packung OP-Masken mit elastischen Bändern
<input type="checkbox"/>  3 ein Desinfektionsmittel ein Handdesinfektionsmittel eine Packung Einmalhandschuhe eine Packung Bettunterlagen	<input type="checkbox"/>  4 zwei Desinfektionsmittel zwei Handdesinfektionsmittel eine Packung Einmalhandschuhe
Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	
Finden Sie keine passende SIGUBOX? Kontaktieren Sie uns und wir stellen Ihnen Ihre individuelle Box zusammen!	

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung der SIGUBOX soll bitte erfolgen:
 an die/den Versicherten/Pflegebedürftige(n) an die/den Angehörige(n)/Pflegeperson an den Pflegedienst

Rechnungsempfänger

Pflegeperson ist privat versichert und/oder beihilfeberechtigt. Die Rechnung soll bitte gestellt werden an:
 die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) die/den Angehörige(n)/Pflegeperson

Ich habe Interesse an weiteren Pflegehilfsmitteln oder Produkten und möchte Informationen über die von mir oben angegebenen Kommunikationswege (z. B. Post, E-Mail, Telefon) erhalten.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Übersendung entsprechender Informationen per Post/E-Mail und/oder Telefon durch die Apotheke Gutersohn e.K. ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und der Nutzung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung widersprechen.

Unterschrift Versicherte(r)

und/oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)

Hinweis:
Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss.

Ich willige in die Verarbeitung meiner von mir angegebenen personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer) durch die Apotheke Gutersohn e.K. zum Zwecke des Zusendens von Werbung ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und der Nutzung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung widersprechen. Die Betroffeneninformationen zum Umgang mit meinen personenbezogenen Daten in den beiliegenden Datenschutzhinweisen habe ich gelesen

Hiermit willige ich darin ein, dass die Apotheke Gutersohn e.K. meine personenbezogenen Daten verarbeitet, um die SIGUBOX auf Wunsch des Vertragspartners/der Vertragspartnerin hin an mich zu versenden und mich bei Rückfragen zu kontaktieren. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und der Nutzung meiner Daten zu dem vorbezeichneten Zweck widerrufen.

Unterschrift (Angehörigen/der Pflegeperson)

1. / 3. Montag

Abholung

Lieferung

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen*

* Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:*	Name:*
Straße/Nr.:*		PLZ/Ort:*
Geb.-Datum: * (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)		
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:* (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal 40 € monatlich.

Verbrauchshilfsmittel Produktgruppe 54)	Bitte betreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge puderfrei	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe puderfrei	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar		51.40.01.4____

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: Apotheke Gutersonn e. K. Bahnhofstrasse 24 46414 Rhede	Institutionskennzeichen: IK 330503601
---	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Datum

Unterschrift (Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r))

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis € 40 monatlich
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

Datum

IK-Nr: der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten liegt auch in unserem Interesse. Die am 25.5.2018 in Kraft getretene EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sorgt für mehr Transparenz bei der Verarbeitung, Nutzung, Aufbewahrung und Löschung Ihrer persönlichen Daten. Darum wollen wir als Verantwortliche Ihnen die beiliegenden Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung zur Verfügung stellen.

Sollten Sie Rückfragen dazu haben, stehen wir Ihnen selbstverständlich sehr gerne zur Verfügung.

1. Einführung

Im Zusammenhang mit der Lieferung unserer Produkte (SIGUBOX, erstattungsfähige Produkte) verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten. Personenbezogene Daten sind dabei sämtliche Informationen, die einen direkten oder indirekten Bezug zu Ihrer Person aufweisen, wozu Ihre Vertragsdaten, einschließlich Ihrer Kontakt- und Abrechnungsdaten gehören. Um Ihnen eine transparente Übersicht darüber zu verschaffen, wie wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten, mit wem wir diese teilen und wie wir sie benutzen, haben wir Ihnen hierzu die folgende Zusammenfassung bereitgestellt.

2. Wer ist für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortlich i.S.d. DSGVO?

Die Apotheke Gutersohn e.K., Inhaber: Silvan Gutersohn, ist als Ihr Vertragspartner für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich verantwortlich.

3. Welche Arten von personenbezogenen Daten verarbeiten wir?

Wir verarbeiten Daten, die zur Durchführung Ihres Vertrages erforderlich sind oder solche, die Sie uns für Zwecke der Werbung oder der Weiterleitung an Dritte im Rahmen Ihrer Interessen oder mit der Einwilligung der betroffenen Person zur Verfügung stellen. Dabei werden ausschließlich solche Informationen verarbeitet, die hierfür auch erforderlich sind. Dazu zählen Ihre Vertragsdaten, einschließlich Ihrer Kontakt- und Abrechnungsdaten sowie Ihre Bestellhistorie.

4. Wie werden Ihre personenbezogenen Daten erhoben?

Wir erheben Ihre personenbezogenen Daten, indem Sie uns diese über den ausgefüllten Antrag zur Verfügung stellen oder indem Sie uns eine Anfrage über eine unserer Webpräsenzen stellen. Zu unseren Webpräsenzen gehören die Seiten www.apotheke-gutersohn.de und www.siguprax.com.

5. Zu welchen Zwecken erheben wir personenbezogenen Daten?

a. Erfüllung und Durchführung des Vertrages mit Ihnen

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, um unsere Verpflichtungen aus dem Vertrag mit Ihnen zu erfüllen, was auf der Grundlage des Artikels 6 Abs. 1 lit. b DSGVO erfolgt. Dazu gehören die Durchführung Ihrer Bestellungen, die Zusendung der Produkte, die Abrechnung der Leistungen, die Erstellung und der Versand von Rechnungen sowie die dafür notwendige Kommunikation mit Ihnen. Zur Durchführung des Vertrages leiten wir Ihre Daten auch an ausgewählte und vertraglich gebundene Dienstleister weiter, die uns bei der Durchführung und der Erfüllung des Vertrages unterstützen.

Dazu gehören z.B. Pflegekassen oder Versanddienstleister. Weitere Angaben dazu, mit wem wir Ihre Daten teilen, finden Sie unter Ziffer 6. dieser Datenschutzzinformation. Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten zu den hier genannten Zwecken ist für den Vertragsabschluss erforderlich. Sollten Sie uns diese nicht zur Verfügung stellen, kann der Vertrag von uns ganz oder zum Teil nicht erfüllt werden.

b. Werbung

Zudem erheben und nutzen wir Ihre Daten zu Zwecken der Werbung, was auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO erfolgt sowie von Art. 6 Abs. 1 lit. f. DS-GVO erfolgt. Darin möchten wir Sie über Angebote zu Pflegeprodukten, -hilfsmitteln und Dienstleistungen informieren. Wir nutzen Ihre Daten zu diesen Zwecken nur, nachdem Sie uns hierzu ausdrücklich Ihre Einwilligung erteilt haben gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO i.V.m. Art. 7 Abs. 1 DSGVO. Die Verarbeitung personenbezogener Daten zum Zwecke der Werbung ist zudem eine unserem berechtigten Interesse dienende Verarbeitung i.S.d. Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO.

c. Zusendung an Angehörigen/Pflegeperson

Sofern Sie selbst die SIGUBOX nicht entgegennehmen möchten, sondern Ihre/-n Angehörige/-n/Pflegeperson als Empfangsperson dazu ausgewählt haben, so erheben wir deren personenbezogene Daten nach eingeholter Einwilligung zum Zwecke der Zusendung und der Kontaktaufnahme. Dies erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit a DSGVO i.V.m. Art. 7 Abs. 1 DSGVO.

6. Wann werden Ihre personenbezogenen Daten gelöscht?

Die personenbezogenen Daten der betroffenen Person werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen der Verantwortliche unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht.

Wir speichern Ihre Daten solange dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist oder bis Sie Ihre Einwilligung widerrufen haben (mehr erfahren Sie dazu unter Ziffer 8 lit. h.). Entfallen diese Zwecke oder haben Sie Ihre Einwilligung widerrufen, werden wir Ihre Daten selbstverständlich löschen. Wir löschen die Daten, sofern wir keine anderen Rechtsgründe zur weiteren Speicherung feststellen. Personenbezogene Daten, die im Zusammenhang mit steuerlichen und gesetzlichen Verpflichtungen verarbeitet werden, werden zum Teil entsprechend länger gespeichert. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre, Außerdem kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden müssen, in der Ansprüche gegen die Apotheke Guttersohn e.K. geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren).

7. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten?

Um Ihnen alle Möglichkeiten im Rahmen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten aufzuzeigen, möchten wir Sie hiermit auf die Rechte aufmerksam machen, die Ihnen in diesem Zusammenhang zustehen.

a. Recht auf Auskunft

Sie können Auskunft darüber einfordern, wie, durch wen, zu welchen Zwecken und unter welchen Bedingungen Ihre Daten verarbeitet werden.

b. Recht auf Berichtigung

Zudem möchten auch wir im Rahmen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten keine falschen oder veralteten Daten weiterleiten, um z.B. Missverständnisse oder etwaige Schäden zu verhindern. Deswegen haben Sie jederzeit die Möglichkeit, die personenbezogenen Daten, die wir über Sie erhoben haben, zu aktualisieren oder zu berichtigen.

c. Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Sie können von uns verlangen, dass wir Ihre personenbezogenen Daten nur noch eingeschränkt verwenden. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar noch gespeichert werden, allerdings nur noch unter beschränkten Voraussetzungen (z.B. zur Geltendmachung von Rechtsansprüchen) verwendet werden dürfen.

d. Widerspruchsrecht

Sofern Ihre personenbezogenen Daten aufgrund von berechtigten Interessen erhoben und verarbeitet werden, haben Sie das Recht, der Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten zu widersprechen.

e. Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde

Uns ist es natürlich daran gelegen, alle Gesetze in Bezug auf Ihre Daten einzuhalten. Sind Sie jedoch der Auffassung, dass wir durch die Verarbeitung der Sie betreffenden Daten gegen die Datenschutzgrundverordnung verstoßen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

f. Recht auf Löschung

Wie oben beschrieben löschen wir auch Ihre personenbezogenen Daten soweit diese für die hier benannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind und soweit keine Aufbewahrungspflichten für uns bestehen (s. Ziffer 7). Sollten Sie jedoch der Auffassung sein, dass für weitere Speicherung kein Rechtsgrund besteht, können Sie Ihr Recht auf Löschung der Daten geltend machen.

g. Recht auf Datenübertragbarkeit

Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten. Außerdem haben Sie das Recht, diese Daten einem anderen Verantwortlichen ohne Behinderung durch den Verantwortlichen, dem die personenbezogenen Daten bereitgestellt wurden, zu übermitteln, sofern die Verarbeitung auf einer Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO oder auf einem Vertrag gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO beruht und die Verarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren erfolgt.

In Ausübung dieses Rechts haben Sie ferner das Recht, zu erwirken, dass die Sie betreffenden personenbezogenen Daten direkt von einem Verantwortlichen einem anderen Verantwortlichen übermittelt werden, soweit dies technisch machbar ist. Freiheiten und Rechte anderer Personen dürfen hierdurch nicht beeinträchtigt werden. Das Recht auf Datenübertragbarkeit gilt nicht für eine Verarbeitung personenbezogener Daten, die für die Wahrnehmung einer Aufgabe erforderlich ist, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt, die dem Verantwortlichen übertragen wurde.

h. Einwilligung und Widerruf der Einwilligung

Sofern Sie uns eine Einwilligung für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erteilt haben, können Sie diese jederzeit widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung wirkt für die Zukunft. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt davon unberührt.

8. Wie können Sie uns kontaktieren?

Zur Ausübung Ihrer oben genannten Rechte oder im Zusammenhang mit Ihrer Einwilligung, oder wenn Sie weitere Fragen zum Datenschutz in unserem Hause haben sollten, können Sie uns wie folgt erreichen:

Apotheke Guttersohn
Bahnhofstrasse 24
46414 Rhede
Tel. 02872 981000
Telefax: (02872) 78 60
E-Mail: info@apotheke-guttersohn.de
IBAN DE11 3566 0599 1502 5800 15

Die Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten lauten;

Nienhaus Informationssysteme im Rheinland UG
vertreten durch André Nienhaus
Bosmannshof 5
46485 Wesel
Tel: +49 (0) 281 / 206699-09
E-Mail: info@n-inf.de
Website: www.n-inf.de