

**MPF**Medicalprodukte
Vertrieb Flensburg GmbH

Kundenaufnahmebogen - Hilfsmittelversorgung

Teil I - Allgemeine Daten

Name, Vorname: _____**Geburtsdatum:** _____**Straße:** _____**PLZ Ort:** _____**Krankenkasse:** _____**Krankenversicherungsnummer:** _____ männlich weiblich divers

Versorgender Leistungserbringer: MPF Medicalprodukte Vertrieb Flensburg GmbH
Birklück 16
24999 Wees
IK: 330 103 743

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter:

Postadresse:
Postfach 2261
24912 Flensburg**Lieferadresse:**
Birklück 16
24999 WeesTel. 0461/406862-0
Fax 0461/406862-99
info@mpf-medical.de**www.mpf-medical.de**

Seite: 1 von 4

Teil II – Profilerhebungsbogen für die ableitende Inkontinenzversorgung

Versorgungsstatus: Erstversorgung Folge-/Umversorgung

Inkontinenzart/Ableitungsart

Harnableitung

Einmalkatheter transurethrale Dauerkatheter suprapubische Dauerkatheter
 Urostoma Urinalkondom

Stuhlableitung

Analtampon Fäkalkollektor Ileostoma Kolostoma

Angaben zur Häufigkeit:

Ausscheidungsmenge: _____

Frequenz: _____ Mal pro Tag

Besonderheiten: _____

Mobilität, Toilettengang und Lebensumstände

Mobilität

komplett bettlägerig teilweise bettlägerig rollstuhlpflichtig
 mobil mit Gehhilfen (Stützen/Rollator) mobil auf Zimmerebene
 mobil auf Stationsebene/Etagenebene im häuslichen Umfeld
 uneingeschränkt mobil

Toilettengang

selbstständig mit Hilfe Versorgungen im Bett

Geschäftsführer: Sitz Flensburg

Kay Kruse

HRB 8412FL

Dirk Dohmann

St. Nr. 15.296.31401

REV 018/12.2023

Bankverbindungen:

Nord-Ostsee Sparkasse

IBAN: DE78 2175 0000 0013 0239 77

BIC: NOLADE21NOS

Sydbank Flensburg

IBAN: DE45 2151 0600 1000 5704 18

BIC: SYBKDE22XXX

**MPF**Medicalprodukte
Vertrieb Flensburg GmbH

Kundenaufnahmebogen - Hilfsmittelversorgung

Teil III – Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Datum der Beratung: _____

- Form des Beratungsgesprächs:
- persönliche Beratung in den Geschäftsräumen
 - telefonische Beratung
 - vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Der o. g. Leistungserbringer hat mich persönlich und/oder
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten
oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann und
- welche zusätzliche/n Leistung/en (die mit Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen) wie z. B. notwendige Änderungen, Reparaturen des Hilfsmittels, Hinweise zum Gebrauch, für mich geeignet und notwendig sind.

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter
(HMN:15.25.15.6) | <input type="checkbox"/> unsterile Beinbeutel und Halterungen
(15.25.05.1 und 15.99.99.0) |
| <input type="checkbox"/> sterile Beinbeutel und Halterungen
(HMN:15.25.05.3/15.99.99.0) | <input type="checkbox"/> unsterile Bettbeutel
(HMN:15.25.06.1) |
| <input type="checkbox"/> sterile Urin-Bettbeutel
(HMN:15.25.06.3) | <input type="checkbox"/> Intermittierender Katheterismus
(15.25.14) |
| <input type="checkbox"/> Urinbeutel, geschlossenen Systeme
(HMN: 15.25.07) | <input type="checkbox"/> Katheterventile
(HMN:15.25.16) |
| <input type="checkbox"/> Urinalkondome
(HMN: 15.25.04.7) | <input type="checkbox"/> Stoma - Künstliche Körperöffnungen
(29.26) |

Andere Hilfsmittel:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Ich wünsche eine Kopie des Nachweises des Beratungsgespräches. Ja Nein

Das Beratungsgespräch wurde durchgeführt von: Name, Qualifikation, Unterschrift des Mitarbeiter:

Ort, Datum und Unterschrift der beratenden Person:

Geschäftsführer: Sitz Flensburg

Kay Kruse

HRB 8412FL

Dirk Dohmann

St. Nr. 15.296.31401

REV 018/12.2023

Bankverbindungen:

Nord-Ostsee Sparkasse

IBAN: DE78 2175 0000 0013 0239 77

BIC: NOLADE21NOS

Sydbank Flensburg

IBAN: DE45 2151 0600 1000 5704 18

BIC: SYBKDE22XXX

Postadresse:
Postfach 2261
24912 Flensburg**Lieferadresse:**
Birkluck 16
24999 WeesTel. 0461/406862-0
Fax 0461/406862-99
info@mpf-medical.dewww.mpf-medical.de

Seite: 2 von 4



MPF

Medicalprodukte
Vertrieb Flensburg GmbH

Kundenaufnahmebogen - Hilfsmittelversorgung

Teil IV – Versichertenerklärung incl. Wahlrechtserklärung des Versicherten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich von dem Hilfsmittellieferanten MPF Medicalprodukte Vertrieb Flensburg GmbH mit Hilfsmitteln der Produktgruppen PG 15 - Inkontinenzhilfen PG 29 – Stomaartikel PG03 - Applikationshilfen ab _____ beliefert werden möchte.

Zur Sicherstellung einer reibungslosen Versorgung mit Medizinprodukten bevollmächtige ich die MPF, versorgungsrelevante Rezepte bei meiner/m behandelnden Ärztin/Arzt direkt anzufordern.

- Der Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer ist möglich. Dabei ist der Lieferturnus der Verbrauchsartikel zu berücksichtigen.

Bei einem Versorgungszeitraum von einem Quartal, Halbjahr oder Jahr mit entsprechenden Versorgungsmengen ist ein Versorgerwechsel erst nach Beendigung des Versorgungszeitraumes für mich möglich und mit dem Hilfsmittellieferanten abzustimmen. Andernfalls können Mehrkosten für mich entstehen. Dies dient dem Ausschluss einer Doppelversorgung, da diese nicht von der Krankenkasse getragen wird. Bitte dazu eine eventuelle Abrechnung der Versorgung über Versorgungspauschalen der zuständigen Krankenkasse beachten.

Ich wurde bisher von einem anderen Leistungserbringer versorgt: ja nein

Falls „ja“: Die Versorgung erfolgt/e bis einschl. Monat: _____

Die Versichertenerklärung gegenüber dem bisherigen Versorger habe ich schriftlich am Datum: _____ widerrufen.

- Für Rückfragen bzgl. meiner Versorgung kann ich mich jederzeit an den Hilfsmittellieferanten Medicalproduktevertrieb Flensburg GmbH wenden:

Tel. 0461 - 406862400

Fax. 0461 - 406862499

E-Mail. info@mpf-medical.de oder an meine Krankenkasse.

Ich bin damit einverstanden, dass ich im Rahmen der Hilfsmittelversorgung von einem zuständigen Mitarbeiter der Fa. MPF Medicalprodukte-vertrieb Flensburg GmbH telefonisch und/oder schriftlich kontaktiert werden darf.

Telefonnummer: _____

Ich wünsche eine Kopie der Versichertenerklärung: Ja Nein

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient* / Betreuer /
Name, Vorname)

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Geschäftsführer: Sitz Flensburg

Kay Kruse

HRB 8412FL

Dirk Dohmann

St. Nr. 15.296.31401

REV 018/12.2023

Bankverbindungen:

Nord-Ostsee Sparkasse

IBAN: DE78 2175 0000 0013 0239 77

BIC: NOLADE21NOS

Sydbank Flensburg

IBAN: DE45 2151 0600 1000 5704 18

BIC: SYBKDE22XXX

Postadresse:

Postfach 2261
24912 Flensburg

Lieferadresse:

Birkluck 16
24999 Wees

Tel. 0461/406862-0
Fax 0461/406862-99
info@mpf-medical.de

www.mpf-medical.de

Seite: 3 von 4

Kundenaufnahmebogen - Hilfsmittelversorgung

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

JA ich bin einverstanden, dass die MPF Medicalprodukte Vertrieb Flensburg GmbH, Birkluck 16, 24999 Wees („MPF“) meine gesundheitsbezogenen Daten, die ich in Formularen etc. angegeben habe, die ich in Beratungsgesprächen mitteile und die in den von mir bereitgestellten Unterlagen enthalten sind (z.B. Pflegegrad, Rezeptdaten, Erkrankungen, Wechselwirkungen und Allergien) erhebt und verarbeitet und in diesem Zusammenhang ein Kundenkonto führt.

Diese Datenverarbeitung dient

- der kundenorientierten, effektiven Beratung und Betreuung, insbesondere hinsichtlich der von MPF angebotenen Hilfsmittel
- der Verwaltung von (Zu-)Zahlungen
- der Erstellung von Nachweisen über geleistete Zuzahlungen zur Vorlage bei der Krankenkasse bzw. Pflegekasse
- der telefonischen, schriftliche oder persönlichen Rücksprache mit dem behandelnden Arzt und der Krankenkasse sowie Pflegekasse.

Zudem willige ich ein, dass die MPF

- im Falle von Kostenübernahmeanträgen die hierfür erforderlichen Daten, einschließlich meiner in den Rezepten angegebenen Gesundheitsdaten, an meine Krankenkasse bzw. Pflegekasse weiterleitet und
- meine Daten an die opta data Finance GmbH, Berthold-Beitz-Boulevard 461, 45141 Essen übermittelt zwecks Abrechnung der Forderungen der MPF auf Kostenübernahme gegenüber meiner Krankenkasse bzw. Pflegekasse.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mündlich, per E-Mail an info@mpf-medical.de oder postalisch unter den zuvor genannten Kontaktdaten widerrufen. Dies hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die aufgrund der Einwilligung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgt ist.

Weitere Informationen finde ich in den Datenschutzhinweisen unter www.mpf-medical.de/datenschutz

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Geschäftsführer: Sitz Flensburg

Kay Kruse

HRB 8412FL

Dirk Dohmann

St. Nr. 15.296.31401

REV 018/12.2023

Bankverbindungen:

Nord-Ostsee Sparkasse

IBAN: DE78 2175 0000 0013 0239 77

BIC: NOLADE21NOS

Sydbank Flensburg

IBAN: DE45 2151 0600 1000 5704 18

BIC: SYBKDE22XXX

Postadresse:

Postfach 2261
24912 Flensburg

Lieferadresse:

Birkluck 16
24999 Wees

Tel. 0461/406862-0
Fax 0461/406862-99
info@mpf-medical.de

www.mpf-medical.de

Seite: 4 von 4