



# MPF

Medicalprodukte  
Vertrieb Flensburg GmbH

## Kundenaufnahmebogen - Hilfsmittelversorgung

### Teil I - Allgemeine Daten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

#### Postadresse:

Postfach 2261  
24912 Flensburg

#### Lieferadresse:

Birkstück 16  
24999 Wees

Tel. 04 61 / 406 862 - 0  
Fax 04 61 / 406 862 - 99  
info@mpf-medical.de

[www.mpf-medical.de](http://www.mpf-medical.de)

Seite: 1 von 4

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

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter:

### 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

☐ selbständig ☐ mit Hilfe ☐ Versorgungen im Bett

#### Geschäftsführer: Sitz Flensburg

Kay Kruse HRB 8412FL  
Dirk Dohmann St. Nr. 15.296.31401  
REV 018/12.2023 USt.-ID.-Nr. DE274495879

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

Andere Hilfsmittel:

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Ich wünsche eine Kopie des Nachweises des Beratungsgesprächs. Ja ☐ Nein ☐

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

Ort, Datum und Unterschrift der beratenden Person:

#### Geschäftsführer: Sitz Flensburg

Kay Kruse

Dirk Dohmann

REV 018/12.2023

HRB 8412FL

St. Nr. 15.296.31401

USt.-ID.-Nr. DE274495879

#### 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:

Birklück 16  
24999 Wees

Tel. 04 61 / 406 862 - 0

Fax 04 61 / 406 862 - 99

info@mpf-medical.de

[www.mpf-medical.de](http://www.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: \_\_\_\_\_

#### Postadresse:

Postfach 2261  
24912 Flensburg

#### Lieferadresse:

Birkclück 16  
24999 Wees

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.

Tel. 04 61 / 406 862 - 0  
Fax 04 61 / 406 862 - 99  
info@mpf-medical.de

[www.mpf-medical.de](http://www.mpf-medical.de)

Seite: 3 von 4

**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](mailto: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

USt.-ID.-Nr. DE274495879

#### 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

### Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

#### Postadresse:

Postfach 2261  
24912 Flensburg

#### Lieferadresse:

Birklück 16  
24999 Wees

Tel. 04 61 / 406 862 - 0  
Fax 04 61 / 406 862 - 99  
info@mpf-medical.de

**www.mpf-medical.de**

Seite: 4 von 4

**JA ich bin einverstanden**, dass die MPF Medicalprodukte Vertrieb Flensburg GmbH, Birklück 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](http://www.mpf-medical.de/datenschutz)

\_\_\_\_\_  
(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 USt.-ID.-Nr. DE274495879

#### Bankverbindungen:

Nord-Ostsee Sparkasse  
IBAN: DE78 2175 0000 0013 0239 77  
BIC: NOLADE21NOS

Sydbank Flensburg  
IBAN: DE45 2151 0600 1000 5704 18  
BIC: SYBKDE22XXX