**Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau**
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

Aktenzeichen: _____

Datenübermittlung an einen Hilfsmittellieferanten

A. Angaben zur Person

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	**Telefon Vorwahl/Rufnummer**

B. Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass die SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse meine persönlichen Daten und die ärztliche Verordnung zum Zwecke meiner weiteren Versorgung mit dem/n verordneten Hilfsmittel(n) an den von mir gewählten Vertragspartner weiterleitet.

Verordnete(s) Hilfsmittel:

Name und Anschrift des gewählten Leistungserbringers:

Mir ist bekannt, dass die Verwendung meiner Daten bei dem Vertragspartner - und damit eine Versorgung mit dem/n obengenannten Hilfsmittel(n) - nur mit meinem Einverständnis erfolgen kann.

Weitere Anmerkungen:

Datum _____ Unterschrift _____

C. Erklärung

Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der LKK widerrufen. Die Rechtsmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zum Widerruf bleibt hiervon unberührt. Sie haben jedoch das Recht auf Löschung.

Weitere Anmerkungen:

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.