

**Versorgungsvereinbarung zur  
Belieferung mit Reha und  
Medizinprodukten**

**CDG GmbH**  
Handelsstr.2, 42929 Wermelskirchen  
Tel.: 02196 / 85 63 -10, Fax:-120  
mail@cdg-gmbh.eu



**Für Patient**

(Name, Geb.-Datum) \_\_\_\_\_

**ab dem:**

(Versorgungsbeginn) \_\_\_\_\_

**Beauftragung der Produktversorgung- und organisation**

Hiermit mache ich bis zum Widerruf von dem Recht der „freien Wahl des Leistungserbringers“ Gebrauch und erkläre ausdrücklich, dass bei Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Verordnung, die Firma **CDG GmbH**, Handelsstr.2, 42929 Wermelskirchen mich (bzw. o.g. Patient) mit (Reha & Medizin-) Produkten in den nachfolgenden Therapiefeldern beliefern soll:

- |                                                           |                                                              |                                                          |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> enterale Ernährung komplett      | <input type="checkbox"/> enterale Ernährung: nur Sondenkost  | <input type="checkbox"/> enterale Ernährung: nur Technik |
| <input type="checkbox"/> ableitende Inkontinenzversorgung | <input type="checkbox"/> aufsaugende Inkontinenzversorgung   | <input type="checkbox"/> Enterostoma—Therapie            |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma / Beatmung          | <input type="checkbox"/> Wundversorgung                      | <input type="checkbox"/> Pflegeverbrauchshilfsmittel     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Care                    | <input type="checkbox"/> Parenterale Ern./ Infusionstherapie | <input type="checkbox"/> Reha-Hilfsmittel / Sonderbau    |

Von der Firma CDG wurde ich darauf hingewiesen, dass die Kosten für eine Versorgung mit diesen Produkten durch einen anderen Leistungserbringer nur nach vorheriger Genehmigung durch den Kostenträger übernommen werden können.

**Wechsel des Leistungserbringers:** Ich wurde bisher von einem anderen Leistungserbringer in einem oder mehreren der o.g. Therapiefelder versorgt. Hiermit erkläre ich ausdrücklich einen Widerspruch zum Wechsel des Anbieters. Im genannten Therapiebereich erfolgen keine Bestellungen mehr bei meinem bisherigen Versorger.

Im Rahmen der Produktversorgung können u.a. auch die nachfolgenden Leistungen durch Mitarbeiter/ Freie Mitarbeiter der CDG GmbH (bzw. Kooperationspartner) durchgeführt werden (nicht gewünschte Leistungen bitte ggf. streichen) , zu denen ich meine Zustimmung gebe:

- die **Entgegennahme von Bestellungen** mittels Bestandserhebung durch (Freie) Mitarbeiter und/oder durch meine Pflegepersonen bzw. das Pflegepersonal
- die **Einholung von erforderlichen Verordnungen** und Attesten bei dem jeweils behandelnden Haus- oder Facharzt sowie die Weiterleitung an den Kostenträger, soweit im Rahmen der Abrechnungsverträge erforderlich
- die **Einweisung und Schulung des Patienten**, seiner Angehörigen und/oder Pflegepersonen in den Gebrauch der Medizinprodukte sowie in begleitende behandlungspflegerische Maßnahmen entsprechend anerkannter medizinisch-pflegerischer Standards und Leitlinien bzw. Herstellerempfehlungen
- die **Erhebung, Erstellung und Weiterleitung von Dokumentationen** (inkl. Erstellung einer Fotodokumentation im Bereich der Wundversorgung) zur Qualitätssicherung von CDG, der Pflegeeinrichtung, Arztpraxis/Klinik und/oder des jeweiligen Kostenträgers
- in Einzelfällen die **Durchführung von therapiefeldbezogenen behandlungspflegerischen Maßnahmen** zu Zwecken der Einweisung/Schulung oder der Dokumentationserhebung (z.B. Verbandwechsel, PEG-Mobilisation, endotracheale Absaugung, Trachealkanülenwechsel, Portnadelwechsel, Infusionsanschluss/-abschluss etc.) entsprechend anerkannter medizinisch-pflegerischer Standards und Leitlinien
- **nicht zum Leistungsumfang gehören die kontinuierliche allgemeine bzw. spezielle Pflege sowie die Krankenbeobachtung**

Für die zuvor genannten Leistungen wird keine Vergütung gegenüber dem Patienten oder seinem jeweiligen Kostenträger durch CDG geltend gemacht.

**Kostenübernahmeerklärung**

Bei teilweise oder vollständig privatversicherten Patienten sowie Selbstzahlern erklärt der Unterzeichner dem Grunde nach, die Kosten der ärztlich verordneten Artikel, die durch die CDG GmbH (bzw. Kooperationspartner) geliefert wurden, zu übernehmen. Bis zur vollständigen Bezahlung bleiben die auf Bestellung gelieferten Artikel im Eigentum des jeweiligen Leistungserbringers .

Gleiches gilt für gesetzlich Versicherte in Bezug auf die gesetzlich zu entrichtende Zuzahlung (sofern keine Zuzahlungsbefreiung vor Lieferung vorliegt oder angezeigt wurde) und evtl. in Rechnung gestellte wirtschaftliche Aufzahlungen (über die Höhe wird der Patient vor Auslieferung informiert).

**Entbindung Schweigepflicht, Entgegennahme Verordnungen, Datenschutzerklärung**

Der Unterzeichner erklärt sich zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Therapiebegleitung, mit der Weitergabe der für die Produktversorgung und Dokumentationserstellung erforderlichen medizinischen Informationen und Unterlagen seitens des behandelnden Arztes sowie des beauftragten Pflegepersonals an die (Freien) Mitarbeiter der CDG GmbH bzw. Kooperationspartner einverstanden .

Er bevollmächtigt die (Freien) Mitarbeiter zudem zur Entgegennahme von ärztlichen Verordnungen / Attesten und deren Weiterleitung an den o.g. Leistungserbringer und/oder Kostenträger.

Der Unterzeichner ist damit einverstanden, dass die CDG GmbH bzw. Kooperationspartner (sowie ggf. der versorgende Freien Mitarbeiter) und der jeweilige Leistungserbringer die für die Versorgung des Patienten erforderlichen personenbezogenen Daten im gesetzlichen Rahmen erhebt, speichert und für interne Zwecke vertraulich nutzt. Die Einwilligung umfasst, auch auf elektronischem Weg, die Übermittlung von Patientendaten (u.a. Krankenversicherungsnummer, Diagnose) an die Krankenkasse oder Abrechnungszentren zu Zwecken des Kostengenehmigungsverfahrens und der Abrechnung.

**Dem Unterzeichner ist bekannt, dass er diese Versorgungsvereinbarung jederzeit komplett oder in Teilen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.**

Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Unterschrift\* \_\_\_\_\_

\* Patient, Betreuer, Ehepartner, Erziehungsberechtigter oder Bevollmächtigter