



Bestellung von Batterien für Cochlea-Implantate für Versicherte der Techniker Krankenkasse oder Hanseatischen Krankenkasse

Name des/der Versicherten:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Name der Krankenkasse:	☐ Techniker Krankenkasse (TK) ☐ Hanseatische Krankenkasse (HEK)
Versichertennummer:	

	☐ Cochlea-Implantat LINKS	☐ Cochlea-Implantat RECHTS
Hersteller:		
Typ/Bezeichnung:		
Seriennummer:		
Seit (Jahr)		
Batteriegröße	Zink-Luftzelle 675 (Farbcodierung Blau)	Zink-Luftzelle 675 (Farbcodierung Blau)

Laut vertraglicher Vereinbarung mit Ihrer Krankenkasse ist halbjährlich eine Lieferung von max. einem Halbjahresbedarf (180 Batterien) pro CI möglich.

- ☐ Ich bin darüber informiert, dass ich Batterien nur bestellen darf und erhalte, wenn ich zu dem betreffenden CI **keine Akku-Versorgung** erhalten habe.
- ☐ Ich habe in der jüngeren Vergangenheit keine Liefervereinbarung mit einem anderen Leistungserbringer getroffen oder Lieferungen erhalten, die möglicherweise einem Anspruch auf eine Batterielieferung entgegenstehen.
- ☐ Mit der Weitergabe meiner obigen Daten an die Krankenkasse, insbesondere zur Prüfung des Versorgungsanspruchs, sowie der Verarbeitung meiner Daten gemäß der beigefügten Datenschutzerklärung bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift*

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