

Erklärung zur Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln

○ Ich erkläre, dass ich mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln ab dem
über den aktuellen Vertragspartner der Einrichtung – Oekumenisches Alten- und
Pflegeheim –Ansgarhaus, Olbersstr. 6, 30519 Hannover versorgt werden will.
Insoweit trete ich meine Freiheit zur Wahl eines Hilfsmittellieferanten an die
Einrichtung ab.

○ Ich erkläre, dass ich mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln über den
Hilfsmittellieferanten:
versorgt werden will. Die Versorgung wird von mir selbst geregelt (Abgabe der
Rezepte, Lieferung der Inkontinenzhilfsmittel) bzw. über meine Vertrauensperson.
Meine Vertrauensperson Ist:
Frau/Herr.....
Anschrift.....

Ich weiß, dass ich die getroffenen Regelungen jederzeit abändern oder widerrufen
kann.

Datum:

Unterschrift: