

# Datenschutzerklärung des Patienten

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

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

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

Hiermit beauftrage ich die Firma Müller Orthopädieschuhtechnik meinen Antrag auf orth. Einlagen und / oder Sicherheitsschuhe bei meinem Versicherungsträger einzureichen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zu diesem Zweck meine persönlichen Daten durch die Firma Müller Orthopädieschuhtechnik an den entsprechenden Versicherungsträger weitergeleitet werden.

**Im Falle einer Kostenerstattung bitten wir diese auch in Kopie an die Firma Müller Orthopädieschuhtechnik Untere Vorstadt 22-24 78532 Tuttlingen zuzustellen.**

**Den Genehmigungsbetrag trete ich an die Firma Müller Orthopädieschuhtechnik zur Zahlung ab.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift