



## Datenschutzerklärung des Patienten

Um Ihren Antrag auf orthopädische Einlagen und /oder Sicherheitsschuhe bei Ihrem Versicherungsträger komplett einzureichen, benötigen wir alle dazu gehörigen Unterlagen. Diese werden durch uns an Ihren Versicherungsträger postalisch weitergeleitet. Die betroffenen Unterlagen werden nicht durch uns archiviert und nur an den Versicherungsträger weitergeleitet. Für den Inhalt Ihrer Unterlagen tragen wir keine Verantwortung.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ | Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Hiermit beauftrage ich die Firma Schwörer Orthopädie-Schuhtechnik, meinen Auftrag auf orthopädische Einlagen und/oder Sicherheitsschuhe bei meinem Versicherungsträger einzureichen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zu diesem Zweck meine persönlichen Daten an den entsprechenden Versicherungsträger weitergeleitet werden. Mit einer zusätzlichen Verwendung meiner Daten darüber hinaus erkläre ich mich nicht einverstanden.

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_