

# EMPFANGSBESTÄTIGUNG MEDTRONIC PRODUKTE

**Bitte beachten Sie:**

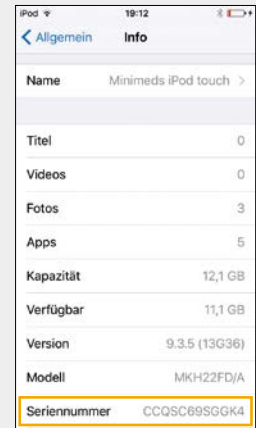
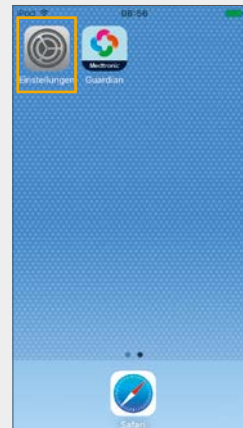
Für die Kostenerstattung durch Ihre Krankenkasse müssen Medtronic alle erforderlichen Unterlagen (Auftragsformular, Rezepte, Empfangsbestätigung) vorliegen. Bei fehlenden Unterlagen behalten wir uns das Recht vor, die Produkte innerhalb von drei Monaten zurückzufordern. Ohne vollständig ausgefüllte Empfangsbestätigung ist keine Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse möglich.

## SERIENNUMMERN

Die Seriennummer der Insulinpumpe, des Blutzuckermessgeräts und des Transmitters finden Sie auf der Rückseite.



Die Seriennummer Ihres Guardian Connect Monitors (gesperrter iPod touch) finden Sie

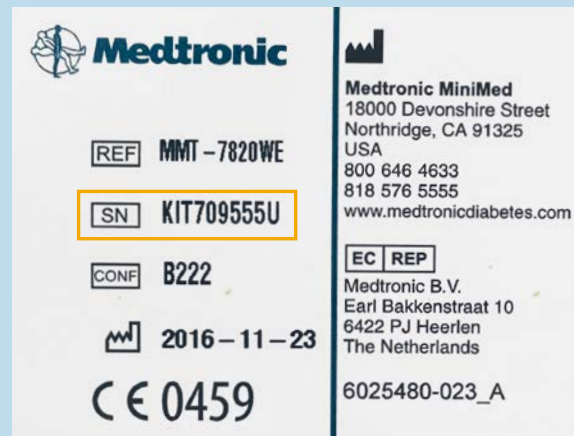


- auf der iPod touch Verpackung oder
- unten auf der iPod touch Gehäuserückseite eingraviert (hinter „Serial:“) oder
- in den iPod touch Einstellungen unter „Allgemein“ > „Info“

## KIT NUMMER

Die KIT Nummer des CGM-Transmitter-Sets ist auf der Außenseite der Produktverpackung zu finden:

Beispiel Transmitter-Verpackung







# DATENSCHUTZ-INFORMATION

Medtronic informiert Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die Sie Medtronic mit dem Ausfüllen dieses Dokuments zur Verfügung stellen. Als einer der führenden Anbieter von Medizinprodukten hat Medtronic eine hohe unternehmerische Verantwortung. Die vertrauliche und verantwortungsvolle Behandlung der Daten aus unseren Beziehungen zu Kunden, Geschäftspartnern und Lieferanten bildet die Grundlage unseres unternehmerischen Erfolgs.

## Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist „Medtronic“, das heißt die Medtronic GmbH, Earl-Bakken-Platz 1, 40670 Meerbusch (Deutschland), Telefon 0049 2159 8149 0.

## Zwecke und Grundlage der Datenverarbeitung

Medtronic verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten für die nachstehenden Zwecke:

### a) Verarbeitung für die Abwicklung der bestellten und ausgelieferten Produkte

Medtronic benötigt bestimmte Informationen für die Abwicklung Ihrer Bestellung, einschließlich der Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse. Ohne diese Informationen sind wir nicht in der Lage, Ihre Bestellung abzuschließen und insbesondere die Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse durchzuführen.

Datenkategorien: Name, Vorname, Telefonnummer (freiwillig), E-Mail-Adresse (freiwillig), Geburtsdatum, Name der Krankenkasse, Produktbezeichnung des erhaltenen Produktes, Seriennummer, KIT Nummer, Art der Versorgung, Name, Vorname des Trainers und Name der Praxis/Klinik/Handel. Bei minderjährigen Kunden die Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters.

Grundlage für die Verarbeitung: Ihre Einwilligung (gemäß Artikel 9 Abs. 2 lit. a) Datenschutzgrundverordnung).

### b) Verarbeitung aufgrund regulatorischer Vorgaben

Medtronic verarbeitet Ihre Daten außerdem aufgrund medizinprodukterechtlicher Bestimmungen, zu deren Einhaltung Medtronic verpflichtet ist. Eine Verpflichtung besteht z.B. darin, Produktrückverfolgbarkeit zu gewährleisten, um Sie im Falle einer sogenannten „korrektiven Maßnahme“ kontaktieren zu können. Eine korrektive Maßnahme beschreibt eine Maßnahme zur Beseitigung, Verringerung oder Verhinderung eines von einem Medizinprodukt ausgehenden Risikos.

Datenkategorie: Name, Vorname, Adresse, Daten, die auf Ihrem Produkt gespeichert sind. Bei minderjährigen Kunden die Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters.

Grundlage für die Verarbeitung: Artikel 9 Abs. 2 lit. i) Datenschutzgrundverordnung in Verbindung mit Medizinproduktegesetz.

### c) Nachweis über die stattgefundene technische Einweisung bei einer Erstversorgung nach § 127 SGB V

Datenkategorien: Name, Vorname, Telefonnummer (freiwillig), E-Mail-Adresse (freiwillig), Geburtsdatum, Name der Krankenkasse, Produktbezeichnung des erhaltenen Produktes, Seriennummer, KIT Nummer, Art der Versorgung, Name, Vorname des Trainers und Name der Praxis/Klinik/Handel. Bei minderjährigen Kunden die Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters.

Grundlage für die Verarbeitung: Ihre Einwilligung (gemäß Artikel 9 Abs. 2 lit. a) Datenschutzgrundverordnung).

## Technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen

Medtronic hat sich dem Schutz und der Sicherheit und Vertraulichkeit Ihrer personenbezogenen Daten verpflichtet. Um Ihre Daten zu schützen, verwenden wir geeignete technische und organisatorische Maßnahmen, um Ihre Daten in angemessener Weise gegen Diebstahl, unbefugten Zugriff, Verlust, Eingriffe oder Zerstörung zu schützen.

## Zusammenarbeit mit Dritten

Im Rahmen der oben genannten Datenverarbeitungen übermittelt Medtronic Ihre personen- und gesundheitsbezogenen Daten an Unternehmen, die in unserem Auftrag Dienstleistungen erbringen. Es handelt sich dabei um folgende Empfänger:

### a) Empfänger im Zusammenhang mit der Verarbeitung für die Abwicklung Ihrer Bestellung

- Medtronic, Inc. mit Sitz in 710 Medtronic Parkway, Minneapolis, Vereinigte Staaten. Medtronic, Inc. stellt die zentralen Server des globalen Warenwirtschaftssystems, das Medtronic für die Abwicklung Ihrer Bestellung nutzt.
- Unternehmen mit Sitz innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, die Medtronic bei der Bereitstellung des telefonischen Kundenservices außerhalb der regulären Öffnungszeiten von Medtronic unterstützen.
- Unternehmen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz, die Medtronic bei der Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse unterstützen.

### b) Empfänger im Zusammenhang mit der Verarbeitung gemäß regulatorischen Vorgaben

- Medtronic MiniMed, Inc. mit Sitz 18000 Devonshire Street, Northridge, Kalifornien, 91325, Vereinigte Staaten. Medtronic Minimed, Inc. ist der Hersteller der bestellten Produkte. Im Falle eines Defektes wird das Produkt zur Untersuchung des Fehlers an den Hersteller gesendet.
- Medtronic B.V. mit Sitz in Industry Park Trilandis Earl Bakkenstraat 10, 6422 PJ, Niederlande ist der Bevollmächtigte des Herstellers für den europäischen Wirtschaftsraum. Medtronic B.V. ist in die Kommunikation mit den Behörden im Zusammenhang mit medizinprodukterechtlichen Sicherheitsmaßnahmen involviert.
- Unternehmen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, die Medtronic beim Versand von medizinprodukterechtlichen Sicherheitsinformationen an Kunden unterstützen.

Die oben genannten Empfänger Ihrer Daten erhalten diese aufgrund entsprechender Verträge mit Medtronic, einschließlich der Auftragsverarbeitungsverträge, die die Empfänger verpflichten, Ihre Daten ausschließlich für die jeweils genannten Zwecke und nach den Weisungen von Medtronic zu verarbeiten.

Darüber hinaus arbeitet Medtronic mit Postdienstleistern wie DHL und der Deutschen Post zusammen.

## Übermittlung Ihrer Daten ins außereuropäische Ausland

Sofern wir Ihre Daten in ein Land übermitteln, dass kein Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes ist und für das es keinen Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission gibt, findet die Übermittlung auf Grundlage der von der Europäischen Kommission verabschiedeten Standardvertragsklauseln zur Herstellung eines angemessenen Datenschutzniveaus statt.

## Dauer der Datenaufbewahrung

Medtronic ist zur Gewährleistung der Produktrückverfolgbarkeit nach den medizinprodukterechtlichen Vorschriften dazu verpflichtet, Ihre Daten so lange zu speichern, wie Sie das Ihnen überlassene Medizinprodukt nutzen.

## Rechte des Betroffenen

Im Hinblick auf die Verarbeitung Ihrer Daten durch Medtronic gemäß dieser Datenschutzerklärung stehen Ihnen als Betroffener die folgenden Rechte zu:

- Sie haben das Recht, von Medtronic Auskunft über die Daten zu verlangen, die von Medtronic verarbeitet werden, und eine kostenlose Kopie Ihrer Daten zu erhalten.
- In den Fällen, in denen die Verarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos zu widerrufen.
- Sie haben das Recht auf Berichtigung falscher Angaben.
- Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen.
- Sie haben das Recht, von Medtronic zu verlangen, dass Ihre Daten in einem gängigen Dateiformat an eine andere Organisation übertragen werden.
- Sie haben das Recht, eine Beschwerde bei der Datenschutzaufsichtsbehörde einzulegen.

Bitte richten Sie Ihr Begehren an eine der folgenden E-Mail-Adressen: [rs.dusdatenschutz@medtronic.com](mailto:rs.dusdatenschutz@medtronic.com) oder [rs.privacyeurope@medtronic.com](mailto:rs.privacyeurope@medtronic.com).

# EMPFANGSBESTÄTIGUNG MEDTRONIC PRODUKTE

ZUM VERBLEIB  
BEI DER  
PRAXIS/KLINIK



Bitte in Druckbuchstaben und mit Kugelschreiber ausfüllen | \*bezeichnet Pflichtangaben

\*Name (des Anwenders)

\*Krankenkasse

\*Vorname (des Anwenders)

E-Mail-Adresse (bei Rückfragen)

\*Geburtsdatum

Telefon

Die Versicherte bzw. der Versicherte erhält von der genannten Krankenkasse folgendes Hilfsmittel\*:

☐ MiniMed™ Insulinpumpe

Bitte tragen Sie hier das Model ein:    G

☐ Guardian™ Connect Monitor

☐ CGM-Transmitter

☐ Blutzuckermessgerät

Bitte geben Sie die Serien- bzw. KIT-Nummer des erhaltenen Produktes ein\*:

Seriennummer MiniMed™ Insulinpumpe

Seriennummer Guardian™ Connect Monitor

KIT Nummer CGM-Transmitter

Seriennummer Blutzuckermessgerät

Bei der Versorgung mit diesem/n Hilfsmittel/n handelt es sich um:

☐ Insulinpumpen-Erstversorgung

☐ Transmitter-Erstversorgung

Das Hilfsmittel wurde bereitgestellt von der Firma: Medtronic GmbH, IK : 590510939. Bei gesetzlich Versicherten bleibt Medtronic oder Ihre Krankenkasse Eigentümerin des Hilfsmittels.

☐ Insulinpumpen-Folgeversorgung

☐ Transmitter-Folgeversorgung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Hilfsmittel in einwandfreiem, gebrauchsfähigem Zustand erhalten habe.

Ich verpflichte mich außerdem:

- für eine ordnungsgemäße und sorgfältige Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen.
- Beschädigungen, die von mir vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden, auf eigene Kosten vom Hersteller beheben zu lassen.
- das Hilfsmittel gegen Schaden durch Dritte, Verlust oder Diebstahl ausreichend zu sichern. (Bei Beschädigung durch Dritte ist der Krankenkasse unverzüglich ein Schadensprotokoll mit Namen und Adresse des Schädigers zu übermitteln. Bei Diebstahl ist eine Kopie der polizeilichen Anzeige und der Schadensmeldung für die Hausratversicherung bei der Krankenkasse einzureichen.)
- das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden.
- meine Krankenkasse von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann.
- Medtronic bei einem Wechsel der Krankenkasse oder des Wohnortes zu informieren.
- bei einem Defekt an der Pumpe / dem Monitor / dem Transmitter oder des Zubehörs direkt Medtronic und bei einem Defekt am Blutzuckermessgerät Ascensia Diabetes Care einzuschalten – einschließlich, wenn Produkte nicht die vom Hersteller angegebene Laufzeit einhalten.

Ich bestätige, dass ich in die Handhabung und den Gebrauch des o. g. Hilfsmittels gemäß Bedienungsanleitung eingewiesen wurde und dass ich die gerätespezifischen Unterlagen (z.B. Bedienungsanleitung, Pflegehinweise, Garantiekündigung) erhalten habe. Ich wurde über den Leistungsinhalt der zwischen meiner Krankenkasse und Medtronic geschlossenen Vereinbarung (Leistungsumfang, Notdienst, Verfahrensabläufe etc.) informiert. Medtronic hat mich vor Inanspruchnahme der verordneten Leistungen darüber beraten, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig gemäß § 127 SGB V sind. Ich bestätige, dass mir eine hinreichende Auswahl aufzahlungsfreier Produkte angeboten wurde. Ich erkläre, dass ich die Versorgung mit einem aufzahlungsfreien Produkte wünsche.

Ich habe die Datenschutzinformation verstanden und willige mit meiner Unterschrift in die Verarbeitung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten in dem darin dargestellten Umfang ein.

\*\*Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder ggf. des gesetzlichen Betreuers oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person.

Datum / Unterschrift Kunde\*\*

Vom Trainer auszufüllen

Das/die oben angekreuzte/n Hilfsmittel wurde/n technisch eingewiesen

am (Datum bei Erstversorgung\*)

☐ Medtronic

☐ Praxis

☐ Klinik

☐ Handel

durch

(Vorname des Trainers)

(Nachname des Trainers)

Name von Praxis/Klinik/Handel:

Unterschrift des Trainers

Medtronic

## ZUM VERBLEIB BEI DER KRANKENKASSE



# Medtronic