

VERSORGUNGS-AUFTRAG

Hiermit erkläre ich Name: _____
Anschrift: _____
Versichertenstatus: _____
Telefon: _____

Folgendes:

Ich bin über mein freies Wahlrecht der Leistungserbringer umfassend aufgeklärt worden. Insbesondere bin ich darüber aufgeklärt worden, dass es mir freisteht, die mir im Rahmen meiner Therapie zur Behandlung von Hämophilie verschriebenen Arzneimittel sowie der mir verschriebenen Begleitmedikation in einer Apotheke meiner Wahl zu besorgen oder in einer Apotheke meiner Wahl besorgen zu lassen. Gleichzeitig wurde ich darauf hingewiesen, dass möglicherweise nicht alle Apotheken Arzneimittel, die zur Behandlung von Hämophilie verschrieben werden, vorrätig haben.

In Kenntnis meines freien Apothekenwahlrechts beauftrage ich hiermit ab sofort die Arztpraxis _____ damit, die im Rahmen meiner Therapie zur Behandlung von Hämophilie verschriebenen Arzneimittel sowie die mir verschriebene Begleitmedikation in der

Geibel Apotheke, Geibelstr. 54, 30173 Hannover, Tel: 0511-8091581

Sofern die Auswahl durch den Patienten erfolgt, übernimmt die Arztpraxis keine Gewähr für die Leistungen der ausgewählten Apotheke.

Die Apotheke wird sich zum Zwecke der pharmazeutischen Beratung und Zustellung der Arzneimittel mit mir in Verbindung setzen. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung etwaiger Rezeptgebühren oder eines Selbstbehalts direkt zwischen der Apotheke und mir erfolgt.

Die Arzneimittel sollen unmittelbar zu mir nach Hause an meine postalische Anschrift geliefert werden.

Abweichend hiervon sollen die Arzneimittel an folgende Wunschadresse geliefert werden:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ferner damit einverstanden, dass die ausgewählte Apotheke die mir zu liefernden Arzneimittel an die nachfolgend angegebenen Personen (z. B. Familienangehörige) aushändigen und auf deren Nachfrage über den Inhalt der Lieferung informieren darf.

_____, _____, _____
(Name) (Vorname) (Verhältnis zu mir)

_____, _____, _____
(Name) (Vorname) (Verhältnis zu mir)

Dieser Auftrag ist jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufbar.

_____,
(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten:

Die Arztpraxis stellt meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Arzneimittelversorgung und für die Plausibilitäts- und Wechselwirkungsprüfungen benötigten Daten der beliefernden Apotheke zur Verfügung. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 b), 9 Abs. 2 h) DS-GVO und § 22 Abs. 1 Nr. 2 BDSG. Diese Daten werden von der Apotheke nur zur Erfüllung ihrer gesetzlichen und mir gegenüber bestehenden Pflichten verarbeitet und genutzt sowie zur Abrechnung an meine Krankenkasse weitergeleitet werden. Meine erhobenen Daten werden ausschließlich durch Personen verarbeitet, welche der Schweigepflicht nach § 203 StGB unterliegen. Über die Grundzüge der Datenverarbeitung und die Betroffenenrechte kann ich mich in der Arztpraxis oder deren website informieren. Über die Grundlagen der Verarbeitung der Daten durch die Apotheke wird diese mich gemäß den gesetzlichen Vorgaben unterrichten. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, diesen Ablauf zur Kenntnis genommen zu haben.

_____,
(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)