

Liebe Kundinnen und Kunden,

herzlich willkommen bei Blisterplus, dem Heimversorgungsservice der A-Vita Apotheke! Wir gehören zu den Plus-Apotheken und kümmern uns speziell um die sichere und zuverlässige Versorgung mit Medikamenten für Pflegeeinrichtungen, Pflegedienste und Privatpersonen.

Uns liegt es am Herzen, dass Sie gut versorgt sind. Deshalb arbeiten wir eng mit dem Pflegepersonal und den Arztpraxen zusammen, damit Sie Ihre Medikamente pünktlich und sicher erhalten.

Was machen wir genau?

Wir verpacken Ihre Tabletten und Kapseln maschinell in kleine Beutel oder Becher. Diese nennt man „Blister“.

Jeder Blister wird bei uns kontrolliert und fotografiert, um Verwechslungen zu vermeiden. Auf jedem Blister stehen Ihre Daten sowie weitere Informationen zu den Medikamenten. So sehen Sie genau, wann Sie welches Medikament einnehmen sollen.

Damit alles reibungslos starten kann, brauchen wir einige Unterlagen von Ihnen ausgefüllt und unterschrieben:

- *Einwilligung zur Arzneiversorgung*
- *SEPA-Basis-Lastschriftmandat*
- *Vereinbarung über pharmazeutische Dienstleistung*
- *Datenschutzhinweis*

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns gerne an. Wir helfen Ihnen weiter!

Herzliche Grüße

Ihr Team des Blisterplus

Auftrag zur bedarfsgerechten Arzneimittelbereitstellung

Daten des Bewohners

Name, Vorname:

Geburtsdatum

Einrichtung, Adresse, Wohnbereich:

Gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname:

Adresse:

Daten der Apotheke

Apotheke, Inhaber: A-Vita Apotheke – Kathleen Benevolo e.Kfr.

Adresse (Inhaber): Bitzegarten 10 , 57290 Neunkirchen

Hiermit beauftrage ich die oben genannte Apotheke damit, die mir ärztlich verschriebenen Arzneimittel, die dafür geeignet sind, fortlaufend in patientenindividuell neuverpackten und beschrifteten Blistern an die oben genannte Einrichtung zu liefern (bedarfsgerechte Arzneimittelbereitstellung). Dazu erfasst die Apotheke die ärztlichen Verschreibungen und Medikationsanweisungen meiner behandelnden Ärzte, prüft diese auf arzneimittelbezogene Probleme sowie die Eignung für das Neuverpacken und sorgt für das patientenindividuelle Neuverpacken. Die Kosten für die bedarfsgerechte Arzneimittelbereitstellung übernimmt meine Einrichtung.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich durch diesen Auftrag einen Anspruch auf fortlaufende Bereitstellung der verschriebenen Arzneimittel in entsprechend den ärztlichen Anweisungen zur Dosierung und zu den Einnahmezeitpunkten patientenindividuell neuverpackten Einzelbehältnissen (Blister) erhalte. Der Anspruch auf fortlaufende Bereitstellung endet, wenn die verschriebene Arzneimittelmenge aufgebraucht ist (Reichdauer). Über die fortlaufende Bereitstellung der Arzneimittel führt die Apotheke Buch (Arzneimittelkonto) und benachrichtigt die Einrichtung oder meinen behandelnden Arzt rechtzeitig vor dem Aufbrauchen der verschriebenen Menge (Reichdauermitteilung). Ich kann jederzeit Auskunft über den Stand meines Arzneimittelkontos und die verbliebenen Restmengen bei der Apotheke erhalten. Die nicht für das patientenindividuelle Neuverpacken geeigneten Arzneimittel werden weiterhin in der Originalpackung geliefert.

Für den Fall, dass zu Beginn der bedarfsgerechten Arzneimittelbereitstellung noch angebrochene Arzneimittelpackungen in meiner Verwendung sind, übereigne ich diese an die Apotheke, die mir die entsprechenden Arzneimittel in patientenindividuellen Blistern bereitstellen wird. Für den Fall der Änderung oder Einstellung meiner Medikation übereigne ich die verbleibenden Restmengen der Arzneimittel, deren Herausgabe ich nicht innerhalb von vier Wochen verlangt habe, der Apotheke. Nicht mehr verwendbare Restmengen hat die Apotheke unter Beachtung der arzneimittel-, apotheken-, umwelt- und datenschutzrechtlichen Vorschriften fachgerecht zu entsorgen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Leiter oder ein Apotheker der oben genannten Apotheke im Auftrag der Einrichtung meine behandelnden Ärzte rechtzeitig vor dem Aufbrauchen der von ihnen verschriebenen Arzneimittel benachrichtigt und meine behandelnden Ärzte die für mich bestimmten Folgeverschreibungen und Medikationsanordnungen in Abstimmung mit der Einrichtung auch direkt an die oben genannte Apotheke übermitteln. Ich entbinde den Apotheker, die Einrichtung und meine behandelnden Ärzte insoweit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Auftrag zur bedarfsgerechten Arzneimittelbereitstellung

Ich habe die anliegende Patienteninformation zur bedarfsgerechten Arzneimittelbereitstellung einschließlich der Hinweise zur Haftung für Arzneimittelschäden aufgrund der patientenindividuell neuverpackten Arzneimittel zur Kenntnis genommen.

Ich habe die Datenschutzerklärung der Apotheke zur Kenntnis genommen und meine Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen der zentralen Arzneimittelversorgung erteilt. Sie gilt auch für die Verarbeitung meiner Personen- und Gesundheitsdaten zur Erfüllung dieses Auftrags.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diesen Auftrag jederzeit mit Wirkung für die Zukunft kündigen kann.



Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners/des gesetzlichen Vertreters



Zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Versicherten/die Versicherte)

Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) der „Erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation“

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pDL wird zwischen dem/der Versicherten und der Apotheke eine Vereinbarung geschlossen. Der wesentliche Inhalt dieser Vereinbarung wird im Folgenden wiedergegeben. 1 Vertragsparteien sind:

Apotheke

Name und Anschrift:



Kathleen Benevolo e. Kfr.
Bitzgarten 10 · 57290 Neunkirchen
Tel. 02735 65 64 70 · Fax 02735 65 64 729
avita@meineplusapotheke.de
www.meineplusapotheke.de

Apothekeninhaber*in:

Versicherte*r

Name:

Geburtsdatum:

Krankenkassen IK Nr.:

Versicherten-Nr.:

Die Dienstleistung beinhaltet insbesondere die umfassende Erhebung der Gesamtmedikation sowie darauf aufbauend die pharmazeutische Risikoüberprüfung. Hierdurch sollen mögliche Probleme wie Doppelmedikationen, Interaktionen und Anwendungsprobleme erkannt werden. Bei Problemen werden zur Optimierung der Arzneimitteltherapie Vorschläge entwickelt. Diese werden ggf. mit dem Arzt/der Ärztin und mit dem/der Versicherten besprochen und Lösungen vereinbart. Der/die Versicherte erhält einen aktuellen und risikogeprüften Medikationsplan.

Der/die Versicherte befindet sich in ambulanter, häuslicher Versorgung und nimmt aktuell und voraussichtlich auch über die nächsten 28 Tage mindestens 5 Arzneimittel (verschiedene, ärztlich verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa) in der Dauermedikation ein bzw. wendet diese an. Der/die Versicherte willigt in die Erbringung der pDL ein und bindet sich zur Inanspruchnahme an die als Vertragspartner gewählte Apotheke. Der/die Versicherte sichert zu, die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle dazu erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere hinsichtlich der Medikation, der Erkrankungen sowie ggf. relevanter Laborwerte zum Beispiel aus aktuellen Arzt- und Entlassbriefen. Die Angaben des/der Versicherten und seine/ihre Bestätigung der Anspruchsvoraussetzungen, welche bei erstmaliger Erbringung durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung und bei wiederholter Erbringung anlässlich der Quittierung erfolgt, sind Grundlage der Erbringung der pDL durch die Apotheke.

Für Rücksprachen mit einem Arzt/einer Ärztin ebenso wie für die Übersendung des Ergebnisberichts an den hauptbehandelnden Arzt/die hauptbehandelnde Ärztin muss der Patient und die Patientin die Heilberufler*innen von der Schweigepflicht entbinden. Hierzu ist die anhängende Erklärung zu unterzeichnen.

Der/die Versicherte kann die Inanspruchnahme der pDL ohne Angabe von Gründen mit sofortiger Wirkung schriftlich (per Post, Telefax, E-Mail) kündigen. Bei einer Kündigung während der Erbringung der pDL kann diese grundsätzlich erst nach Ablauf von 12 Monaten nach Abbruch der Leistung bzw. bei erheblichen Umstellungen (definiert als mindestens 3 neue / andere systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa innerhalb von 4 Wochen als Dauermedikation) erneut in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus besteht für beide Vertragsparteien das Recht zur außerordentlichen Kündigung. Der/die Versicherte bestätigt durch eine weitere Unterschrift den Erhalt der vollständig erbrachten pDL.



Ort

Datum

Unterschrift des/der Versicherten



Quittierung des Erhalts der pDL

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Erweiterten Medikationsberatung bei Polypharmazie“:

Ort Datum Unterschrift des/der Versicherten

Bei erneuter Leistungserbringung: Bestätigung der Anspruchsberechtigung und Quittierung des Erhalts

Ich befinde mich in ambulanter, häuslicher Versorgung und nehme aktuell und voraussichtlich auch über die nächsten 28 Tage mindestens 5 Arzneimittel (verschiedene, ärztlich verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa) in der Dauermedikation ein bzw. wende diese an.

Ich bestätige, dass bei mir während der letzten 12 Monate keine „Erweiterte Medikationsberatung bei Polypharmazie“ durchgeführt wurde bzw. dass bei meiner Medikation erhebliche Umstellungen vorgenommen wurden (definiert als mindestens 3 neue / andere systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa innerhalb von 4 Wochen als Dauermedikation).

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Erweiterten Medikationsberatung bei Polypharmazie“:

Ort Datum Unterschrift des/der Versicherten

Erklärung der Entbindung von der Schweigepflicht

bei Inanspruchnahme der pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“

Der/die Versicherte ist damit einverstanden, dass die nachfolgend genannte Apotheke

A-Vita Apotheke, Bitzgarten 10, 57290 Neunkirchen, Inhaberin: Kathleen Benevolo e.Kfr.

zur Erfassung, Bewertung und Lösung arzneimittelbezogener Probleme (ABP) Rücksprache mit den behandelnden Ärzt*innen hält, in diesem Zusammenhang auch erforderlichenfalls gesundheitsbezogene Angaben des/der Versicherten offenbart und den aktualisierten Medikationsplan bzw. die Medikationsübersicht und ggf. weitere relevante Informationen (z. B. mögliche Interventionen/Vorschläge) an die die behandelnden Ärzt*innen schriftlich übermittelt.

In vorgenanntem Umfang werden die aufgeführte Apotheke, die behandelnden Ärzt*innen von ihrer Schweigepflicht gemäß § 203 Absatz 1 Ziffer 1 StGB entbunden.

Ort Datum Unterschrift des/der Versicherten

Datenschutzerklärung der Apotheke



MEINE PLUS APOTHEKE

Kathleen Benevolo e. Kfr.
Biltzgarten 10 · 57290 Neunkirchen
Tel. 02735 65 64 70 · Fax 02735 65 64 729
avita@meineplusapotheke.de

Sehr geehrte Bewohnerin, sehr geehrter Bewohner, wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben, an der zentralen Versorgung Ihrer Pflegeeinrichtung durch uns als heimversorgende Apotheke teilzunehmen. Wir haben dazu den gesetzlich vorgeschriebenen Heimversorgungsvertrag nach § 12 Apothekengesetz mit der Einrichtung abgeschlossen und stehen Ihnen für die qualifizierte pharmazeutische Beratung und Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten zur Verfügung. Unsere Leistungen sind mit der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe von Daten zu Ihrer Person und Ihrer Gesundheit verbunden. Dabei handelt es sich um personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten, die einem besonderen rechtlichen Schutz unterliegen.

Nachfolgend informieren wir Sie entsprechend den Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) über die mit unseren Leistungen verbundene Verarbeitung von Daten und bitten Sie um Unterzeichnung der anliegenden Einwilligungserklärung.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten im Überblick

Welche personenbezogenen Daten werden verarbeitet?

Bei den verarbeiteten Daten handelt es sich um Daten zu Ihrer Person, die im Zusammenhang mit der patientenindividuellen Versorgung, Herstellung, Neuverpackung oder Anpassung, Lieferung und Abrechnung von Arzneimitteln, Medizinprodukten und anderen apothekenüblichen Waren für Sie stehen. Diese Daten können zum Beispiel Angaben zu Ihren Erkrankungen, zu Ihrer Medikation, zu Ihren Ärzten, zu Ihrem Pflegestatus sowie zu Ihrem Kostenträger und Ihrer Kontoverbindung umfassen und sich aus den ärztlichen Verschreibungen, Dosierungs-, Einnahme- und Anwendungsanordnungen (Medikationsanordnungen), aus dem von der Einrichtung geführten Medikationsplan oder aus Angaben von Ihnen oder dem Pflegepersonal ergeben. Die Verarbeitung umfasst die Prüfung ihrer Arzneimittel auf arzneimittelbezogene Fragen und Probleme wie z. B. Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln, Doppelmedikationen, Plausibilität und Reichdauer der Dosierungsangaben sowie notwendige Folgeverschreibungen. Zu diesem Zweck führen wir eine patientenbezogene Dokumentation der abgegebenen Arzneimittel, der ärztlichen Medikationsanordnungen und weiterer arzneimittelrelevanter Gesundheitsdaten aufgrund der ärztlichen Verschreibungen und Anweisungen sowie der Angaben von Ihnen oder der Einrichtung (Medikationsdokumentation)

Was ist der Zweck der Datenverarbeitung?

Die Verarbeitung Ihrer Daten dient der Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zur Sicherstellung Ihrer ordnungsgemäßen, sicheren und kontinuierlichen Versorgung mit Arzneimitteln, Medizinprodukten und anderen apothekenüblichen Waren, der Verringerung von Arzneimittelrisiken sowie der Dokumentation und Abrechnung unserer Leistungen und Geltendmachung unserer Zahlungsansprüche.

Welche Daten werden an wen weitergegeben?

Die Pflegeeinrichtung informiert uns über Ihre Teilnahme an der zentralen Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten und übermittelt uns die für Sie bestimmten ärztlichen Verschreibungen und Medikationsanordnungen sowie Ihre persönlichen Bestellungen einschließlich der für die Versorgung und Abrechnung erforderlichen Angaben.

Im Falle von Unklarheiten oder Bedenken bezüglich der für Sie bestimmten ärztlichen Verschreibungen nehmen wir erforderlichenfalls Kontakt mit Ihrem Arzt auf, um diese auszuräumen. Dies gilt auch für Fragen, die sich aus der Prüfung der Wechselwirkungen mit den zu einem früheren Zeitpunkt und/oder von anderen Ärzten verschriebenen Arzneimitteln sowie dem Ablauf der Aufbrauchfrist ergeben.

Wenn wir zu Ihrer Versorgung einen zugelassenen Herstellungs- oder Untersuchungsbetrieb mit der patientenindividuellen Herstellung, Neuverpackung oder Anpassung von Arzneimitteln, Medizinprodukten oder anderen gesundheitsbezogenen Mitteln und Gegenständen oder der Durchführung von Laboruntersuchungen beauftragen, geben wir Ihre dafür erforderlichen Daten an das betreffende Unternehmen weiter. Dabei handelt es sich insbesondere um Angaben aus der ärztlichen Verschreibung und den ärztlichen Medikationsanordnungen.

Zur Abrechnung ihrer Leistungen reichen wir Ihre Verschreibungsdaten über ein Apothekenrechenzentrum an den Kostenträger weiter. Die von Ihnen selbst zu zahlenden Zuzahlungen und die Kosten für Ihre Privatbestellungen ziehen wir bei Vorliegen eines Lastschriftmandats von Ihrem Bankkonto ein oder rechnen sie in Ihrem Auftrag über die Einrichtung mit Ihnen ab.

Datenschutzerklärung der Apotheke

In den Fällen Nr. 3 und 4 werden wir das beauftragte Unternehmen zuvor schriftlich zur Geheimhaltung verpflichten und über die strafrechtlichen Folgen einer Pflichtverletzung, insbesondere die Strafbarkeit nach § 203 Absatz 4 StGB, belehren. Das beauftragte Unternehmen ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Datenschutzbestimmungen einzuhalten.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Erfüllung vertraglicher Pflichten und gesetzlicher Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 lit. b und c, 9 Abs. 2 lit. h und i DSGVO) Soweit die Verarbeitung und Weitergabe Ihrer Daten der Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen aus Ihrem Kauf- oder Dienstleistungsvertrag mit uns oder aus dem Sozialversicherungsverhältnis mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse sowie den damit jeweils für uns verbundenen gesetzlichen Pflichten, insbesondere des Heim-, Arzneimittel-, Apotheken- und Sozialrechts, dient, beruht die Datenverarbeitung auf Art. 6 Abs. 1 lit. b und c, 9 Abs. 2 lit. h und i DSGVO.

Ihre Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 1 lit. a DSGVO)

Die Verarbeitung und Weitergabe folgender Daten erfolgt aufgrund Ihrer ausdrücklichen Einwilligung:

Benachrichtigung Ihres behandelnden Arztes über Wechselwirkungen der von ihm verschriebenen Arzneimittel mit Ihren anderen Arzneimitteln (z. B. von Ihren anderen Ärzten verschrieben oder Selbstmedikation) und über den Ablauf der Aufbrauchfrist der verschriebenen Arzneimittelpackungen sowie Prüfung und Speicherung Ihrer dafür erforderlichen Medikations- und Gesundheitsdaten durch die oben genannte Apotheke,

Übermittlung Ihrer Verschreibungen durch Ihren behandelnden Arzt an die oben genannte Apotheke,

Übermittlung Ihrer erforderlichen Daten durch die oben genannte Apotheke an zugelassene Herstellungs- oder Untersuchungsbetriebe zur Herstellung, Neuverpackung oder Anpassung von Arzneimitteln, Medizinprodukten oder anderen gesundheitsbezogenen Mitteln und Gegenständen oder zur Durchführung von Laboruntersuchungen,

Übermittlung Ihres Lastschriftmandats für den Einzug der von Ihnen zu tragenden Kosten von Ihrem Konto durch die Einrichtung an die Apotheke oder Abrechnung Ihrer Monatsrechnung über die Einrichtung.

Beschwerderecht

Das Beschwerderecht steht Ihnen zu und kann über die zuständige Aufsichtsbehörde geltend gemacht werden.

Datenlöschung

Ihre von uns verarbeiteten Personen- und Gesundheitsdaten werden ab Fortfall des Zweckes gesperrt und drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht, soweit keine längere gesetzliche Aufbewahrungsfrist gilt. Die Datenlöschung erfolgt nach Ablauf dieser Frist automatisch.

Widerrufsrecht

Ihre Einwilligung zur Verarbeitung und Weitergabe der oben genannten Daten kann von Ihnen jederzeit schriftlich oder in Textform (E-Mail) ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ihre Teilnahme an der zentralen Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten durch uns ist nicht von dieser Einwilligung abhängig.

Auskunfts- und Einsichtsrecht

Haben Sie Fragen zu den über Ihre Person gespeicherten Daten? Gerne stehen wir Ihnen für eine kostenfreie Einsicht oder schriftliche Auskunft über Ihre Daten zur Verfügung.

Betriebserlaubnisinhaber/Datenschutzbeauftragter der Apotheke:

Kontakt: Kathleen Benevolo, 02735656470 – C.Bals, kontakt@apotheken-datenschutzbeauftragter.de

Zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz:

Landesdatenschutzbeauftragter des Landes NRW

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!
Ihre Versorgungsapotheke

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung



Kathleen Benevolo e. Kfr.
Bitzgarten 10 · 57290 Neunkirchen
Tel. 02735 65 64 70 · Fax 02735 65 64 729
avita@meineplusapotheke.de
www.meineplusapotheke.de



Daten des Bewohners

Name, Vorname:
Einrichtung, Adresse, Wohnbereich:
Geburtsdatum:
Telefonnummer*:
E-Mail*:
Krankenkasse:
Versichertennummer
Allergien:
Befreiung
(Haus-)Arzt:

Gesetzlicher Vertreter
Name, Vorname:
Adresse:

*freiwillige Angaben

Einwilligung

Die oben genannte Apotheke versorgt mich auf eigenen Wunsch im Rahmen eines Heimversorgungsvertrages mit meiner Einrichtung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten. Ich habe die Datenschutzerklärung der Apotheke, in der ich über die Datenverarbeitung durch die Apotheke und meine Rechte nach dem geltenden Datenschutzrecht informiert wurde, erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke meine gesamte ihr bekannte Medikation auf arzneimittelbezogene Fragen und Probleme wie z. B. Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln, fehlerhafte Doppelschreibungen, Plausibilität und Reichdauer der Verschreibungen und Medikationsanordnungen und notwendige Folgeverschreibungen prüft, um die Sicherheit und Kontinuität der Arzneimittelversorgung zu gewährleisten.

Ich bin damit einverstanden, dass der Leiter oder das pharmazeutische Personal der Apotheke falls erforderlich den Kontakt zu meinen behandelnden Ärzten aufnimmt, um arzneimittelbezogene Fragen zu klären, auch wenn es sich um Wechselwirkungen mit früher von der Apotheke abgegebenen oder von anderen Ärzten verschriebenen Arzneimitteln und den Ablauf der Reichdauer handelt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt seine Folgeverschreibungen direkt an die heimversorgende Apotheke übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke im Fall der Beauftragung gesetzlich zugelassener Herstellungs- oder Untersuchungsbetriebe mit der patientenindividuellen Herstellung, Neuverpackung oder Anpassung von Arzneimitteln, Medizinprodukten oder anderen gesundheitsbezogenen Gegenständen oder mit der Durchführung von patientenindividuellen Laboruntersuchungen die dafür erforderlichen Daten zu meiner Person und Gesundheit unter den in der Information zur Datenverarbeitung genannten Bedingungen zur Wahrung der Schweigepflicht und des Datenschutzes an das betreffende Unternehmen weitergibt.

Ich entbinde den Apothekenleiter, das pharmazeutische Personal der Apotheke und den behandelnden Arzt, soweit zur Erfüllung der zuvor genannten Zwecke erforderlich, von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke zu den zuvor genannten Zwecken meine Personen- und Gesundheitsdaten, die sie unter den in der Information zur Datenverarbeitung genannten Bedingungen von mir, meinen behandelnden Ärzten oder der Einrichtung erhält, in ihr Datenverarbeitungssystem aufnimmt und verarbeitet.



Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners/des gesetzlichen Vertreters

SEPA-Lastschriftmandat



Kathleen Benevolo e. Kfr.
Bitzgarten 10 · 57290 Neunkirchen
Tel. 02735 65 64 70 · Fax 02735 65 64 729
avita@meineplusapotheke.de
www.meineplusapotheke.de

Hiermit ermächtige ich die oben genannte Apotheke, die von mir selbst zu zahlenden Entgelte für die Versorgung mit Arzneimitteln, apothekenpflichtigen Medizinprodukten und apothekenüblichen Waren, insbesondere für die gesetzliche Zuzahlung, für die trotz Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung anfallenden Eigenanteile sowie für die Kosten für Privatverschreibungen und persönliche Bestellungen, monatlich von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Vor dem ersten Einzug der SEPA-Lastschrift wird mich die Apotheke über den Einzug unterrichten. Die Vorankündigung der Folgelastschriften erfolgt durch Zustellung der Monatsrechnung. Aus der Rechnung ergeben sich die Gesamthöhe und der Zeitpunkt des Einzugs.

Mandatsreferenz: Die jeweilige Mandatsreferenz ist der Monatsrechnung zu entnehmen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Name, Vorname:

Straße/Hausnr.:

PLZ und Ort:

Kreditinstitut (Name):

BIC:

IBAN: DE

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners/des gesetzlichen Vertreters

