

Information und Patientenerklärung zur Beschaffung von erforderlichen Arzneimitteln

Versicherungsnehmer:	Versicherte Person (wenn unterschiedlich):
Name, Vorname*	Name, Vorname*
Straße*	Straße*
PLZ, Ort*	PLZ, Ort*
Tel: (für Rückfragen)	Krankenkasse
E-Mail-Adresse	Vers.nr.:

*Pflichtfelder

Ich bin von meinem Arzt/meiner Ärztin darüber aufgeklärt worden, dass ich ein **freies Wahlrecht habe, von welcher Apotheke ich mein in der Arztpraxis zu applizierendes oder einzunehmendes Arzneimittel beziehen möchte** (vgl. § 31 Abs. 1 S. 5 SGB V). Daher werden mir die **Verordnungen** für diese Arzneimittel in der Arztpraxis **ausgehändigt**.

In begründeten Fällen, etwa wenn die Arzneimittel zu einem bestimmten Zeitpunkt für die Therapie in der Arztpraxis bereitstehen müssen oder zur sicheren Gewährleistung der pharmazeutischen Qualität der Arzneimittel (u. a. Einhaltung der vorgeschriebenen Transport- und Lagerbedingungen), kann ich meinen Arzt/meine Ärztin beauftragen, die von mir gewählte Apotheke direkt zu beauftragen.

1. Erklärung zur Apothekenwahl

In Ausübung des mir zustehenden **Wahlrechts**, wünsche ich bezüglich des mir verordneten Arzneimittels bis auf weiteres,

- dass mir die Rezepte ausgehändigt werden.
- dass die Arztpraxis in meinem Auftrag die Rezepte bei der folgenden, von mir frei gewählten Apotheke einreicht, die die Arzneimittel direkt in die Arztpraxis liefern soll:

[Name und Anschrift der Apotheke]

- dass die Arztpraxis in meinem Auftrag die Rezepte bei der Bahnhof Apotheke, Antoniterstr. 36, 65929 Frankfurt, einlöst, die die Arzneimittel direkt an die Arztpraxis liefern soll.

Mir ist bekannt, dass ich meine getroffene Wahl jederzeit gegenüber der Arztpraxis **widerrufen oder ändern** kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Patientin /des Patienten bzw. des Vertreters/der Vertreterin)

2. Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die o.g. Arztpraxis meine personenbezogenen Daten an die oben gewählte Apotheke übermittelt, damit diese die Arzneimittel an die Arztpraxis liefern und mit mir direkt abrechnen kann.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung und meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der jeweiligen Arztpraxis oder der von mir gewählten Apotheke **widerrufen kann**.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Patientin /des Patienten bzw.
des Vertreters/der Vertreterin)