internationale fachapotheke für seltene krankheiten

Bergstraße 31 . 69469 Weinheim
Tel. 0800/ 120 30 120 . Fax 06201/ 2498670
Kundenservice-de@fachapotheke.eu

Versorgungsauftrag

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
im Rahmen Ihrer ärztlichen Behandlung wurden Ihnen Arzneimittel, Hilfsmittel, Verbandsstoffe und apothekenübliche Waren verordnet. Um Sie mit diesen beliefern zu dürfen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.
Ich wurde über die freie Apothekenwahl informiert und bin damit einverstanden, dass für mich benötigte Arzneimittel, Hilfsmittel, Medizinprodukte und Verbandsstoffe in der Fachapotheke für seltene Krankheiten (Bergstraße 31, 69469 Weinheim) bestellt werden und dass ausgestellte Rezepte vorab an diese Apotheke übermittelt werden. Ich ermächtige die Mitarbeiter der von mir benannten Apotheke zur Entgegennahme von ärztlichen Verordnungen für meine Versorgung und die Mitarbeiter der Arztpraxis zur Weitergabe meiner Rezepte.

Erfassung der Patientendaten

im Rahmen des Arzneimittelversands

Name, Vorname — Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ Geburtsdatum:

Straße, Hausnr. — PLZ, Ort

Telefon (tagsüber) — E-Mail

Zuzahlungsbefreit: ☐ ja (bitte Kopie des Befreiungsausweises beifügen) ☐ nein

Erkrankungen:

☐ Diabetes mellitus
☐ Leberinsuffizienz
☐ Andere : _____
☐ Asthma bronchiale
☐ Niereninsuffizienz
☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Schwangerschaft/ Stillzeit:

☐ ich bin schwanger
☐ ich stille

Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmäßig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)? :
(z. B. ASS 100, 1x1 Tbl.)[1]

[1]Wir sind gern bereit, Ihnen bei der Aufstellung Ihrer Arzneimittel zu helfen. Bei Fragen oder Unklarheiten melden wir uns telefonisch bei Ihnen.
☐ ja, bitte Rückruf

Die Angaben sind freiwillig und werden nur im Rahmen Ihrer Einverständniserklärung in der Apotheke verarbeitet.

Hiermit beauftrage ich, im Rahmen meiner freien Apothekenwahl, die von mir benannte Apotheke, Rezepte in meinem Auftrag entgegenzunehmen und zu beliefern. Die Belieferung kann über eine Krankenschwester des Partnerunternehmens Healthcare Deutschland GmbH erfolgen. Ich bin damit einverstanden, dass die Krankenschwester unter Einhaltung der erforderlichen Lager- und Transportbedingungen meine Medikamente für mich aufbewahrt. Die Medikamente werden mir zu jedem Besuchstermin in erforderlicher Menge zugestellt. Dieser Versorgungs- und Lagerauftrag kann von mir jederzeit gegenüber der von mir benannten Apotheke schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum:	Unterschrift: *(ggf. gesetzlicher Vertreter)*

internationale fachapotheke für seltene krankheiten

Bergstraße 31 . 69469 Weinheim
Tel. 0800/ 120 30 120 . Fax 06201/ 2498670
Kundenservice-de@fachapotheke.eu

Einwilligungserklärung

Zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten für die Teilnahme am Versandhandel mit Arzneimitteln

Ich bin darüber informiert worden, dass die Fachapotheke für seltene Krankheiten Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhalten. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck muss die Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung der Arzneimittel und der Inhalt der Beratungsgespräche. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden.

Die Daten dürfen dem Personal der Apotheke, das der Schweigepflicht unterliegt, im Rahmen des oben genannten Zweckes mitgeteilt werden. Im Übrigen erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte, es sei denn, ich stimme dem ausdrücklich zu. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker/meine Apothekerin mit diesem Kontakt aufnimmt. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche ggf. gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass dem verschreibenden Arzt folgende Informationen schriftlich oder elektronisch gemäß § 17 Absatz 6a ApoBetrO mitgeteilt werden: Bezeichnung des Arzneimittels, Chargenbezeichnung und Menge, Datum der Abgabe, sowie Name, Geburtsdatum und Wohnort.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort, Datum:	Unterschrift: *(ggf. gesetzlicher Vertreter)*