

Versorgungsauftrag für Arzneimittel zur Therapie Spinaler Muskelatrophie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer ärztlichen Behandlung wurden Ihnen Arzneimittel zur Behandlung der spinalen Muskelatrophie verordnet. Es steht Ihnen als Patient frei zu entscheiden, bei welcher Apotheke und auf welchem Wege Sie sich Ihre Arzneimittel und ggf. Begleitmedikation oder Apothekenbedarf besorgen. Um Sie mit diesen beliefern zu dürfen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Kundenangaben	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Inter/Divers	
Name*	Vorname*
Straße, Nr.*	PLZ, Ort*
Geburtsdatum*	E-Mail
Telefon oder Mobil*	
Versichertenstatus* <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	Zuzahlungsbefreiung* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bin über mein freies Wahlrecht der Leistungserbringer für mich alleine oder als Sorgeberechtigte/r für mein minderjähriges Kind aufgeklärt worden. Insbesondere bin ich darüber aufgeklärt worden, dass es mir freisteht, die mir im Rahmen meiner bzw. Kindes-Therapie verschriebenen Arzneimitteln in einer Apotheke meiner Wahl zu besorgen oder in einer Apotheke meiner Wahl besorgen zu lassen. In Kenntnis meines Rechts auf die freie Apothekenwahl beauftrage ich hiermit:

Wahl-Apotheke
Bitte handschriftlich den Namen der Wahl-Apotheke einsetzen.

mich mit den mir verschriebenen Arzneimitteln zu versorgen.

Zu diesem Zweck ist die vorgenannte, von mir beauftragte Apotheke, berechtigt, mit den mich behandelnden Leistungserbringern, insbesondere Ärzten, in unmittelbarem Kontakt zu treten, um Folgeverschreibungen ausstellen und abholen zu lassen sowie die fertiggestellten Lösungen direkt an meinen bzw. den behandelnden Arzt meines minderjährigen Kindes direkt liefern zu lassen. Die Abrechnung der mir gegenüber erbrachten Leistungen der vorgenannten Apotheke meiner

Wahl erfolgt per Rechnung oder Bankeinzug . Dieser Auftrag kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich gekündigt werden.

Datenschutzhinweise:

Die Apotheke wird zur Erfüllung ihres Auftrags Ihre personenbezogenen Daten erfassen und diese zu Bestellzwecken und Belieferung und der Sicherstellung der Versorgung verarbeiten. Insoweit werden Sie darauf hingewiesen, dass Ihre personenbezogenen Daten, welche einem besonderen Schutz nach Art. 9 EU-DSGVO (Gesundheitsdaten) unterliegen, mit Hilfe von Datenverarbeitungsprogrammen erhoben, gespeichert und genutzt werden. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung sind Artikel 6 Abs. 1 b und f. DSGVO sowie § 22 Abs. 1 Nr. 1 BDSG. Ihre Daten werden nach den gesetzlichen Vorgaben (Art. 25 EU-DSGVO) vor dem Zugriff Unbefugter geschützt und entsprechend ihrer Aufbewahrungsfristen gespeichert oder gelöscht, wenn sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht mehr erforderlich sind. Ihre erhobenen Daten werden ausschließlich durch Personen verarbeitet, welche der Schweigepflicht nach § 203 StGB unterliegen.

Die gespeicherten Daten werden von uns ausschließlich zu folgenden Zwecken genutzt:

- 1) Übermittlung der Bestellanforderung
- 2) Kontaktaufnahme per Post, Anruf oder E-Mail
- 3) Abrechnung bei der Kranken- und Pflegekasse
- 4) Therapiebegleitende Nachfragen
- 5) Erweiterte pharmazeutische Versorgung und Beratung zur Gesundheitsvorsorge
- 6) Dokumentation von Arzneimittelunverträglichkeit, wie Wechsel- und Nebenwirkungen
- 7) Eigene Qualitätssicherungszwecke zur Verbesserung der Servicequalität
- 8) Abwicklung der Herstellungsaufträge (Lohnhersteller)
- 9) Speicherung meiner Daten zum Zweck der standortunabhängigen Beratung und Belieferung mit Arznei- und Hilfsmitteln

Folgende Arten von Daten werden zu den o. g. Zwecken genutzt:

Stammdaten, Adresse, Geburtsdatum, Kunden-, Telefon-, Mobilfunknummer, Erreichbarkeit, E-Mail-Adresse, ggf. gesetzlicher Vertreter, Name, Telefonnummer, Praxisanschrift und Berufsbezeichnung des Arztes, Arzt-, Betriebsstätten-, Kassen- und Versichertennummer, Abrechnungsstatus, Art, Ausstellungsdatum, Dauer und Inhalt der Verordnungen (Wirkstoff, Stärke, Menge, Darreichungsform, Stückzahl, Packungsgröße), Diagnose, pharmazeutische Anfragen (Datum, Art).

Soweit Dritte in die Belieferung eingeschaltet werden (z. B. Kurierdienst), erhalten diese nur die zu diesem Zweck erforderlichen Daten.

Die Grundzüge unserer Datenverarbeitung können Sie in den Räumen unserer Apotheke einsehen.

Datum, Unterschrift Patient:in