WitzlebenApotheke

Einwilligungserklärung

- für Privatpatienten bei Erbringung pharmazeutischer Dienstleistungen -

Sehr geehrte/geehrter Versicherte,

für die Erbringung einer pharmazeutischen Dienstleistung in unserer Apotheke haben Sie bereits eine separate Vereinbarung unterzeichnet.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten pharmazeutischen Dienstleistungen beabsichtigen wir, das Rechenzentrum "Rezeptabrechnungsstelle Berliner Apotheken GmbH" zu beauftragen. Zur Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Abrechnung erklären Sie folgendes:

1. Ich bin mit der Weitergabe folgender Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Art und Datum der Leistung, Versichertennummer) zum Zweck der Abrechnung an das genannte Rechenzentrum einverstanden.

2. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen pharmazeutischen Dienstleistungen gemäß § 129 Abs. 5e SGB V entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meiner Apotheke und dem genannten Rechenzentrum mehr statt.

Apotheke

Name und Anschrift, Apothekeninhaber*in:	**Witzleben Apotheke 24 & 26** **Witzleben Apotheken OHG** **Kaiserdamm 24 & 26** **14057 Berlin**

Versicherte*r

Name und Anschrift:	

Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

_____

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

bzw. Unterschrift des/der Versicherten/des/der gesetzlichen Vertreter/in