

Erklärung zur Versorgung mit medizinischen Kompressionsstrümpfen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
im Rahmen Ihrer ärztlichen Behandlung wurden Ihnen medizinische Kompressionsstrümpfe verordnet. Um Sie mit diesen beliefern zu dürfen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Datenerfassung			
<small>(Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtangaben)</small>			
Name*		Vorname*	
Straße, Haus-Nr.*			
PLZ, Ort*			
Geburtsdatum*			
E-Mail			
Telefon*			
Krankenkasse		Kassen-Nr	
Zuzahlung	<input type="checkbox"/> gebührenpflichtig	<input type="checkbox"/> befreit bis	

Hilfsmittel Mehrkosten

- Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und deren Maßgabe voll erfüllt, informiert worden. Ich habe ausdrücklich eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht.
- Ich habe mich für eine Versorgung OHNE Aufzahlung entschieden.
 - Patient lehnt erneutes Anmessen ab. Jeder Anspruch auf Garantie entfällt.
 - Patient lehnt empfohlene Qualität ab. Jeder Anspruch auf Garantie entfällt.

Hiermit beauftrage ich, im Rahmen meiner freien Apothekenwahl, die Witzleben Apotheke 24 & 26, Kaiserdamm 24 & 26, 14057 Berlin, Rezepte zur Versorgung mit med. Kompressionsstrümpfen in meinem Auftrag entgegenzunehmen und zu beliefern.

Dieser Auftrag kann von mir jederzeit gegenüber der von mir benannten Apotheke schriftlich widerrufen werden. Im Fall eines Widerrufs, wird die vor der Widerrufserklärung in Auftrag gegebene Bestellung, von der von mir benannten Apotheke an mich ausgeliefert und abgerechnet.

Datenschutzerklärung

Ich bin darüber informiert, dass die oben benannte Apotheke und ihre Filialapotheken meine persönlichen Daten in ihrem Computersystem zu Beratungs- und Abrechnungszwecken bearbeitet und speichert. Aufgezeichnet werden ausschließlich Daten, die notwendig sind, um die ordnungsgemäße Belieferung meiner medizinischen Kompressionsstrümpfe und die korrekte Abrechnung anfallender Kosten zu gewährleisten. Ferner bin ich damit einverstanden, dass die oben benannte Apotheke meine erfassten Daten an ein Abrechnungsunternehmen zwecks Abrechnung sowie an die sog. Clearingstelle des Berliner Apotheker-Vereins zwecks Prüfung der Kostenübernahme und an den jeweiligen Hersteller, zur Herstellung patientenindividueller medizinischer Kompressionsstrümpfe im Auftrag der Apotheke weiterleitet. Eine Weitergabe meiner Kundendaten an unbefugte Dritte findet nicht statt, es sei denn, übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (wie z. B. Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, auftragsdatenverarbeitende Dienstleister). Die Verwendung meiner persönlichen Daten endet automatisch mit der Beendigung dieses Auftrages.

X Ort, Datum Unterschrift

*Keine Doppelabbattierung. Gilt nicht für Sonderangebote und Aktionsware

Datum		Unterschrift Apotheke	
-------	--	-----------------------	--