Versorgungsauftrag für HIV- Arzneimittel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
im Rahmen Ihrer ärztlichen Behandlung wurden Ihnen HIV-Arzneimittel verordnet. Es steht Ihnen als Patient frei zu entscheiden, bei welcher Apotheke und auf welchem Wege Sie sich Ihre HIV-Arzneimittel und ggf. Begleitmedikation oder Apothekenbedarf besorgen. Um Sie mit diesen beliefern zu dürfen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Kundenangaben (*Pflichtfeld)	
☐ Frau ☐ Herr ☐ Inter/ Divers	
Name*	Vorname*
Straße, Nr.*	PLZ, Wohnort*
Geburtsdatum*	E-Mail
Telefon oder Mobil*	
Versichertenstatus ☐ gesetzlich ☐ privat	Zuzahlungsbefreiung: ☐ ja ☐ nein Basistarif: ☐ ja ☐ nein

Ich bin über mein freies Recht der Apothekenwahl aufgeklärt worden. Dieser Versorgungsauftrag kann von mir jederzeit gegenüber der von mir benannten Apotheke schriftlich **für die Zukunft** widerrufen werden. Im Fall eines Widerrufs wird die **vor** der Widerrufserklärung in Auftrag gegebene Medikation von der von mir unten benannten Apotheke noch an mich ausgeliefert und abgerechnet.

In Kenntnis meines Rechts auf die freie Apothekenwahl beauftrage ich hiermit:

Wahl Apotheke Bitte handschriftlich den Namen der Apotheke eintragen:

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 unmittelbaren Kontakt zu treten, um Folgeverschreibungen ausstellen und abholen zu lassen. Die Abrechnung der mir gegenüber erbrachten Leistungen der von mir vorgenannten beauftragten Apotheke erfolgt per Rechnung.

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 Herstellung und Belieferung meiner Arzneimittel, Hilfsmittel, Medizinprodukte und Verbandstoffe und die korrekte Abrechnung anfallender Kosten zu gewährleisten. Ich bin damit einverstanden, dass die oben benannte Apotheke meine erfassten Daten an ein mit mir kooperierendes Abrechnungsunternehmen zwecks Abrechnung, ein mit mir kooperierendes Subunternehmen, welches die Herstellung patientenindividueller Medikation im Auftrag der Apotheke übernimmt und an die sog. Clearingstelle des Berliner Apotheker-Vereins zwecks Prüfung der Kostenübernahme im Falle einer Verordnung von Hilfsmitteln mit einer Krankenkasse weiterleitet. Meine Daten werden von der von mir oben benannten Apotheke streng vertraulich behandelt und nicht an unbefugte Dritte weitergegeben. Die Verwendung meiner persönlichen Daten endet automatisch mit der Beendigung dieses Versorgungsauftrages. Die Apotheke wird kooperierende Unternehmen vertraglich verpflichten, meine zur Versorgungserfüllung weitergegebenen Daten nur zu vorgenannten Zwecken zu verwenden und die Verwendung nach der Auftragserfüllung zu beenden.

Ort, Datum, Unterschrift