

Versorgungsauftrag für Hämophilie Arzneimittel

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

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

Ich bin über mein freies Recht der Apothekenwahl aufgeklärt worden.
In diesem Zusammenhang bin ich darüber aufgeklärt worden, dass ich frei entscheiden kann, welche Arzneimittel, über welche Wege, bei welcher Apotheke ich bestelle bzw. liefern lasse.
In Kenntnis meines Rechts auf die freie Apothekenwahl beauftrage ich hiermit:

Wahl-Apotheke <small>Bitte handschriftlich den Namen der Wahl-Apotheke einsetzen:</small>

mich mit den mir verschriebenen Arzneimitteln zu versorgen.

- Die Arzneimittel sollen an meine postalische Anschrift geliefert werden
 Die Arzneimittel sollen an das mich behandelnde Hämophilie-Zentrum, die Arztpraxis:

<small>Bitte handschriftlich Namen und Anschrift einsetzen:</small>

geliefert werden.

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, wie z. B. Medikamenten-Zuzahlung, Rezeptgebühr (wenn nicht befreit), o. ä. der von mir vorgenannten beauftragten Apotheke erfolgt per Rechnung oder Bankeinzug.
Dieser Auftrag kann jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich gekündigt werden.

Notfallversorgung

Ich bin darüber aufgeklärt worden und erkläre mich damit einverstanden, dass im Falle einer Notfallversorgung der mich behandelnden Arztpraxis im Rahmen des § 11 Abs. 2a Apothekengesetz (ApoG) die das Notfalldepot der Arztpraxis versorgende Witzleben Apotheke zur Abrechnung meiner Notfallmedikation in meinem Namen gegenüber den Krankenkassen berechtigt ist.

Bitte wenden

Datenschutzhinweise

Die von mir beauftragte Apotheke wird zur Erfüllung ihres Auftrages meine personenbezogenen Daten erfassen und diese zu Bestellzwecken und Belieferung der Sicherstellung der Versorgung verarbeiten. Insoweit wurde ich darauf hingewiesen, dass meine personenbezogenen Daten, welche einen 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.1b und f DSDVO sowie § 22 Abs.1 Nr.1 BDSG.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Daten nach gesetzlichen Vorgaben (Art. 25 EU-DSGVO) vor dem Zugriff Unbefugter geschützt und entsprechend ihrer Aufbewahrungsfristen gespeichert oder gelöscht werden, wenn sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht mehr erforderlich sind. Meine erhobenen Daten werden ausschließlich durch Personen verarbeitet, welche der Schweigepflicht nach § 203 StGB unterliegen.

Die gespeicherten Daten werden ausschließlich zu folgenden **ZWECKEN** genutzt:

Übermittlung der Bestellanforderung, Kontaktaufnahme per Post, Anruf oder E-Mail, Abrechnung bei der Kranken- und Pflegekasse, therapiebegleitende Nachfragen, erweiterte pharmazeutische Versorgung und Beratung zur Gesundheitsvorsorge, Dokumentation von Arzneimittelunverträglichkeit (wie Wechsel- und Nebenwirkungen) eigene Qualitätssicherungszwecke zur Verbesserung der Servicequalität, Anmeldung SMS Dienst, um über Vorgänge wie Abholung, Bereitstellung oder Belieferung der Bestellung zu informieren. Soweit Dritte in die Belieferung eingeschaltet werden (z. B. Kurierdienst), erhalten diese nur die zu diesem Zweck erforderlichen Daten.

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 und Telefonnummer), Praxisanschrift und Berufsbezeichnung des Arztes, Arzt-, Betriebsstätten-, Kassen- und Versichertennummer, Abrechnungsstatus, Art, Ausstellungsdatum, Dauer und Inhalt der Verordnung (Wirkstoff, Stärke, Menge, Darreichungsform, Stückzahl, Packungsgröße), Diagnose, pharmazeutische Anfragen (Datum, Art).

Information an Dritte

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannte Apotheke die nachfolgend angegebenen Personen (z. B. Familienangehörige) auf deren Nachfrage über meinen Zustand informieren darf.

Name, Vorname	Verhältnis zu mir:
Name, Vorname	Verhältnis zu mir:

Datum und Unterschrift