

**Einverständnis – Auftrag Medikamentenversorgung – Datenschutz**

Haus \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bad Apotheke – Blisterzentrum Südbaden  
 Inh.: Stefan Stübler e.K.  
 Bahnhofstr. 23  
 79189 Bad Krozingen  
 Tel.: 07665 9423220  
 E-Mail: info@badapo.de

**Medikationsmanagement durch die heimversorgende Bad Apotheke:**

Hiermit erkläre ich, dass ich als Bewohner der genannten Einrichtung über mein freies Wahlrecht der Leistungserbringer aufgeklärt worden bin. In Kenntnis dessen nutze ich die Leistungen der genannten heimversorgenden Apotheke. Die Abrechnung etwaiger Rezeptgebühren oder eines Selbstbehalts erfolgt monatlich direkt zwischen mir und der Apotheke. Ferner bitte ich die Apotheke, das Rezeptmanagement für mich zu übernehmen und zu diesem Zweck unmittelbar Kontakt mit den mich behandelnden Ärzten aufzunehmen, insbesondere diese rechtzeitig darüber zu informieren, ob und wann die mir verschriebenen Arzneimittel aufgebraucht sind. Ich weise ferner hiermit die mich behandelnden Ärzte zur Sicherstellung einer schnellen Arzneimittelversorgung ausdrücklich an, auf mich ausgestellte Verschreibungen unmittelbar an die Apotheke zu übermitteln. Diese Anweisung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Übermittlung von elektronischen Verschreibungen. Diese Einwilligungserklärung ist jederzeit frei widerrufbar. Sie endet ohne Widerruf, sollte die Apotheke die Einrichtung nicht weiter beliefern.

**Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten:**

Meine personenbezogenen Daten sowie Daten über meinen Gesundheitszustand und meine Medikation werden in diesem Zusammenhang gemäß Art. 6 Abs. 1 b), 9 Abs. 2 a) DSGVO von der Einrichtung für die Erfüllung des Vertrages der heimversorgenden Apotheke zur Verfügung gestellt. Diese Daten werden von der Apotheke nur zur Erfüllung ihrer gesetzlichen und mir gegenüber bestehenden Pflichten verarbeitet und genutzt sowie zur Abrechnung an meine Krankenkasse weitergeleitet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit diesem Vorgehen einverstanden bin. Die Grundsätze der Datenverarbeitung der Apotheke können auf [www.badapo.de](http://www.badapo.de) eingesehen werden.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Wohnbereich:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ Befreiung:  nein  ja (bitte Kopie der Befreiungskarte anhängen)

Falls zutreffend bitte ankreuzen:

- Ein gesetzlicher Betreuer ist bestellt oder eine Vertrauensperson mit Vollmacht ist benannt. (Bitte Kopie der Vollmachtsurkunde oder des Betreuungsausweis an die Apotheke senden).

Anschrift Betreuer/ bevollmächtigte Person:

Rechnungsadresse (falls abweichend):

Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

**SEPA- Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige das oben genannte Unternehmen mit der Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46ZZZ00000400527 wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Die Abrechnung erfolgt per Rechnungslegung. Das Datum des Einzugs und die persönliche Mandatsreferenz-Nummer sind aus der Rechnung ersichtlich. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Kontoinhaber/Einverständnis Datenschutzerklärung \_\_\_\_\_