

Einwilligungserklärung des Bewohners zur Medikamentenbelieferung und zur Verblisterung von Medikamenten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Hiermit erkläre ich mich mit der Versorgung mit Medikamenten durch die St. Konrad - Apotheke, Leibstr. 7, 85540 Haar, Inhaber Apotheker Dr. Matthias Bein als Versorgungspartner des Maria-Stadler-Hauses, Vockestr. 75, 85540 Haar einverstanden.

Wohnbereich: _____

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Straße: Vockestraße 75 PLZ: 85540 Ort: Haar

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: M () W ()

Krankenkasse: _____ Mitgl. Nr.: _____

befreit: Ja () Nein () (falls ja bitte Kopie jährlich neu beifügen)

Hausarzt: _____

Rechnungen sollen übergeben werden an:

Betreuten Patienten () Ansprechpartner zu Hause ()

Ansprechpartner / nächster Angehöriger / Betreuer :

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Email: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____ (Bewohner bzw. gesetzlicher Vertreter)

Einwilligungserklärung zur Speicherung personenbezogener Daten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Im Rahmen der Medikamentenbelieferung und Verblisterung Ihrer Medikamente ist die Erhebung, Verarbeitung sowie Nutzung von personenbezogenen Daten, insbesondere meiner Gesundheitsdaten, bei der

St. Konrad Apotheke, Leibstr. 7, 85540 Haar, 089/469695, apotheke-haar@t-online.de

erforderlich. Ich bin über die Zwecke der Datenverarbeitung, meine betroffenen Daten sowie die Stellen und Personen, die von diesen Daten Kenntnis erlangen, informiert. Mir ist bekannt, dass meine Angaben gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) freiwillig erfolgen. Ich willige deshalb in eine dementsprechende Daten- Erhebung, - Verarbeitung und – Nutzung zur Unterstützung der Beratungstätigkeit und der Verblisterung meiner Medikamente der Apotheke mir gegenüber und damit nur zu eigenen Zwecken ein. Die Apotheke ist nicht berechtigt, diese Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten, an Dritte weiterzugeben. Ich bin darüber informiert, dass ich diese freiwillige Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der Apotheke widerrufen kann. Bei erfolgtem Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine gespeicherten Daten sofort zu löschen. Gemäß den §§ 34, 35 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) bin ich jederzeit berechtigt, Auskunft über meine personenbezogenen Daten zu erhalten, sowie deren Berechtigung, Sperrung und Löschung zu verlangen.

Hiermit erteile ich der St. Konrad Apotheke die Erlaubnis, Fragen oder Probleme bezüglich meiner Medikation mit den behandelnden Ärzten abzusprechen und stelle die behandelnden Ärzte diesbezüglich von ihrer Schweigepflicht frei. Ich beauftrage darüber hinaus die St. Konrad Apotheke ausdrücklich bei Bedarf für meine Dauermedikation beim behandelnden Arzt Rezepte anzufordern, abzuholen und entsprechend zu beliefern (Rezeptmanagement). Das Medikamenten - Konto kann von mir oder von meinem behandelnden Arzt jederzeit bei der St. Konrad Apotheke eingesehen werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____ (Bewohner bzw. gesetzlicher Vertreter)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die St. Konrad Apotheke, Leibstr. 7, 85540 Haar, Inhaber Apotheker Dr. Matthias Bein (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00001117306), widerruflich die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen aus Lieferungen von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, Medizin- sowie Nahrungsprodukten bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres unten genannten Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der St. Konrad Apotheke, Dr. Matthias Bein auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die St. Konrad Apotheke garantiert eine Vorabankündigungsfrist von mindestens 3 Werktagen vor Lastschrifteinzug. Die Vorabankündigung erfolgt mit der Rechnung. Für den SEPA-Basis-Lastschrifteinzug entstehen Ihnen keine Bankgebühren.

Ihre Mandatsreferenz lautet: _____ (wird nachträglich eingetragen und Ihnen in Kopie überreicht)

Kontoinhaber: Bewohner (☐) gesetzl. Vertreter (☐) _____

 Kontobevollmächtigter _____

Kontoverbindung: Bankname: _____

 IBAN: _____

 BIC: _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Mit der Speicherung oben genannter Daten im Rahmen der Belieferung durch die Apotheke bin ich einverstanden. Wenn Lastschriften nicht ausgeführt werden, können gleichzeitig Belieferungen ausgesetzt werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____ (Bewohner bzw. gesetzlicher Vertreter)

- Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen auch dann aus, wenn Sie von der Rezeptgebühr befreit sind. (Festbetragsdifferenzen und auch einige apothekenpflichtige Medikamente werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet.)
- Bitte teilen Sie der St. Konrad Apotheke eventuell anfallende Änderungen wie Befreiungen, Ablauf der Befreiungen, Kontoauflösungen sofort mit (Rechnungsbeträge, die bis zur Ausstellung Ihres Befreiungsausweises oder bis zur Mitteilung der Befreiung an die Apotheke angefallen sind, müssen Sie zuerst bezahlen und sich anschließend von Ihrer Krankenkasse gegen Vorlage der Rechnung erstatten lassen).