



## Vereinbarung

mit der Hochwald-Apotheke, Bahnhofstraße 6, 54427 Kell am See

### Erklärung des Bewohners über die Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten.

Name des Bewohners: .....

Geb.-Datum des Bewohners: .....

Anschrift: .....

Betreuer (soweit bestellt): .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Hausarzt: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Krankenkasse: .....Kr-kassen-Nr.: .....

Befreit: Ja (  )      Nein (  )

Falls ja, befreit ab..... bis .....

**Bitte den Befreiungsschein unverzüglich der Apotheke vorlegen, da sonst eine Zuzahlung fällig werden kann.**

Ich bin darüber informiert, dass die Hochwald-Apotheke Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhaltet. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck wird die Hochwald-Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass die Apotheke mit diesem Kontakt aufnimmt.

Weiterhin beauftrage ich die Hochwald-Apotheke unter Wahrung meines Eigentums an meinen Medikamenten - die ich ihr zu diesem Zweck überlasse - daraus die erforderlichen Tages- oder Wochendosen nach Maßgabe der ärztlichen Versorgung vorzubereiten, zusammenzustellen und in geeigneten Verteilsystemen dem verantwortlichen Pflegepersonal zur Weitergabe an mich auszuhändigen (patientenindividuelle Verblisterung). Ich habe jederzeit Zugriff auf meine Medikamente und kann diese unverzüglich anfordern. Ich behalte mir vor, diesen Auftrag jederzeit und ohne Einhaltung einer Frist zu widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten in der Apotheke bzw. bei dem von der Apotheke beauftragten Dienstleister (§ 11 BDSG) gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die Daten dürfen dem Personal der Hochwald-Apotheke bzw. dem Personal des von der Apotheke beauftragten Dienstleisters, das der Schweigepflicht unterliegt, und meinen behandelnden Ärzten im Rahmen des oben genannten Zwecks und bei arzneimittelbezogenen Problemen mitgeteilt werden. Im Übrigen erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte, es sei denn, ich stimme dem ausdrücklich zu. Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftliche Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden, welche ggf. gelöscht werden sollen. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Datum: .....

Datum: .....

.....  
(Bewohner /in)

.....  
(Betreuer /in)

## **BANKLASTSCHRIFTVERFAHREN**

Um Ihnen die Arbeit zu erleichtern, bieten wir Ihnen gerne an, **Banklastschrift mit uns zu vereinbaren**. Sie ist jederzeit widerrufbar. Wir werden dann jeweils zu Beginn des neuen Monats die fälligen Beträge von dem angegebenen Konto abbuchen.

Ich bin mit der Banklastschrift einverstanden.

Kontoinhaber .....

Name der Bank .....

Konto-Nr.: .....

BLZ .....

Datum: .....

Unterschrift des Bewohners/Angehörigen/Betreuer

.....

Formular weitergeleitet an:

Apotheke

VW

WB