

## Einverständniserklärung des Bewohners über die Versorgung mit Arzneimitteln

Name der Einrichtung:



Persönliche Daten des Bewohners			
Name, Vorname			
Straße		Station	
PLZ, Ort		Zimmer-Nummer	
Geburtstag		Hausarzt	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenkasse		Mitgliedsnummer	
befreit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, bis	
Eintrittsdatum in die Einrichtung:			

Ansprechpartner / nächster Angehöriger / Betreuer:	
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon	

### Belieferung

Ich bin mit der Belieferung meiner Medikamente durch die (oben genannte) Apotheke einverstanden. Die Medikamente werden durch die Apotheke wochenweise nach Medikamentenplan gestellt. Ich weiß, dass ich jederzeit über meine eigenen Medikamente persönlich bzw. durch meinen Beauftragten verfügen kann.

### Übernahme von Medikamenten

Zu Beginn der Belieferung werden die vorhandenen Medikamente aus dem persönlichen Bestand des neuen Bewohners übernommen. Die Apotheke übernimmt keine Haftung für mögliche Qualitätsmängel dieser Arzneimittel. Eine Prüfung dieser Medikamente kann nur auf offensichtliche Mängel erfolgen.

### Personenbezogene Daten

Im Rahmen der Belieferung und Verblisterung der Medikamente erfolgt eine Erhebung, Verarbeitung, sowie die Nutzung der personenbezogenen Daten und der Medikationsdaten des Bewohners.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) freiwillig erfolgen. Die Apotheke ist nicht berechtigt, meine Daten an Dritte weiterzugeben. Ich kann diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der Apotheke widerrufen. Bei erfolgtem Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine gespeicherten Daten sofort zu löschen. Ich erhalte auf Wunsch jederzeit Auskunft über meine gespeicherten Daten.

### Belegdruck

Es kann jederzeit auf Wunsch eine Quittung über alle gelieferten Medikamente und/oder Zuzahlungen erstellt werden.

### Abrechnung

Jeder Bewohner erhält, soweit Kosten anfallen eine monatliche Abrechnung. (Bewohner in Kurzzeitpflege erhalten sofort eine Rechnung). Es können Kosten entstehen im Rahmen der gesetzlichen Zuzahlung bei Rezepten (falls keine Befreiung vorliegt), für Medikamente, Hilfsmittel, etc., die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden. Die monatliche Rechnung soll geschickt werden an:

Bewohner                       Ansprechpartner/Betreuer

### Änderungen

Bitte teilen Sie der Apotheke Änderungen wie z.B. Befreiungen, Ablauf der Befreiung, Kontoauflösungen **sofort** mit.

Zuzahlungen, die bis zur Ausstellung Ihres Befreiungsausweises angefallen sind, oder bis zur Mitteilung der Befreiung an die Apotheke, müssen Sie zuerst bezahlen und sich anschließend von Ihrer Krankenkasse gegen Vorlage der Rechnung erstatten lassen.

### Einzugsermächtigung (=SEPA-Basis-Lastschriftmandat)

Gerne können sie mit unserer Apotheke für fällige Zahlungen Bankeinzug vereinbaren. Dazu benötigen wir Ihre Kontodaten und eine separate Unterschrift des Kontoinhabers. Die Abbuchung der Beträge erfolgt frühestens 7 Tage nach Erhalt der Rechnung.

<b>Bankverbindung (Angabe nur bei Lastschriftverfahren)</b>	
Kontoinhaber	
Kontonummer bzw. IBAN	
BLZ bzw. BIC	
Bank	

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Pflichtangaben zum SEPA-Lastschriftverfahren:

Gläubigeridentifikationsnummer (Ring-Apotheke): DE61ZZZ00000598331

Mandatsreferenznummer: wird auf jeder Rechnung angegeben

### Einverständniserklärung zum Lastschriftverfahren – falls gewünscht

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bewohner bzw. gesetzlicher Vertreter)

### Einwilligungserklärung zur Medikamentenbelieferung und zur Verblisterung von Medikamenten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bewohner bzw. gesetzlicher Vertreter)