

Auftrag zur Übernahme der Medikamentenversorgung

Hiermit erteile ich dem Heim

(Name und Anschrift des Heimes und des Wohnbereiches)

den Auftrag, für mich

(Name, Vorname, Geburtsdatum des Bewohners*)

folgende Leistungen hinsichtlich der Versorgung mit Medikamenten im Rahmen der Regelleistungen des Heimes (ohne Berechnung zusätzlicher Gebühren) zu übernehmen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| ➤ Beschaffung der Medikamente | <input type="checkbox"/> | ➤ Richten der Dosis | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Aufbewahrung der Medikamente | <input type="checkbox"/> | ➤ Verabreichen der Medikamente | <input type="checkbox"/> |

Für folgende Medikamente bzw. Indikationen wird die Medikamentenverwaltung unabhängig von dem o.g. Auftrag durch den Bewohner* selbst sichergestellt:

Die Beschaffung der Medikamente erfolgt bei folgender Apotheke:

(Name und Anschrift der Apotheke bzw. Apotheken)

Mit dieser Apotheke/diesen Apotheken hat das o.a. Heim den gem. § 12a Apothekengesetz (ApoG) vorgeschriebenen Versorgungsvertrag abgeschlossen.

Die Apotheke erstellt für die anfallenden Kosten einmal im Monat eine Rechnung. Die Bezahlung erfolgt

- | | |
|--|--------------------------|
| ➤ über das Barbetragkonto, das bei der Heimverwaltung geführt wird | <input type="checkbox"/> |
| ➤ durch Überweisung mit Rechnungsstellung an | <input type="checkbox"/> |

(Name, Anschrift und Telefonnummer des Rechnungsempfängers)

Ich bin bei der

(Angabe der Krankenkasse und Versicherungsnummer)

versichert und von der Zuzahlung nicht befreit.

Mit den umseitig abgedruckten datenschutzrechtlichen Bestimmungen erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Dieser Auftrag kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift (ztr. bitte ankreuzen)

des Bewohners
des bestellten Betreuers
des schr. Bevollmächtigten

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Datenschutzrechtliche Bestimmungen zum Auftrag zur Übernahme der Medikamentenversorgung

Die

Name und Anschrift der Apotheke bzw. Apotheken

speichert alle Daten, die sich aus den eingelösten Rezepten und diesem Auftrag zur Übernahme der Medikamentenversorgung ergeben in der Apotheken-EDV und leitet diese Daten an die Rezeptabrechnungsstelle (NARZ e.V.) weiter.

Die Daten können für folgende Zwecke ausgewertet werden:

- 1 Zur Erstellung der monatlichen Abrechnung.
- 2 Zur Quittierung von Eigenleistungen gegenüber der Kostenträger oder dem Finanzamt (Zuzahlungsquittungen).
- 3 Für Rezeptrecherchen, um Rückfragen Ihrerseits, des Pflegepersonals, des Arztes* oder der Krankenkasse beantworten zu können.
- 4 Um Sie im Falle von Rückrufaktionen umgehend informieren zu können.
- 5 Zur pharmazeutischen Beratung z.B.
 - 5.1 über Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und Unverträglichkeiten
 - 5.2 durch Erstellung einer Medikamentenliste
 - 5.3 durch Auswertung von Indikationsgebieten wie Diabetiker, Asthmatiker, Rheumatiker etc.
- 6 Zum Informationsservice zu neuen Arzneimitteln und Therapien.
- 7 Zur Verwaltung von Kundengruppen, wie z.B. alle Bewohner eines Pflegeheimes.

Die Daten werden in automatisierter Form edv-technisch sowohl in der Apotheke als auch im Rechenzentrum zu den obengenannten Zwecken gespeichert und verarbeitet.
Der oben beschriebenen Speicherung und Verwendung meiner Daten stimme ich zu.
Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.