

Seniorenzentrum St. Anna
Franziskusstr. 4
53474 Bad Neuenahr- Ahrweiler
Tel.: 02641 907-0
Fax: 02641 907-1302

Ahrtor-Apotheke
Apothekerin Linda Wnendt
Ahrhutstr. 2
53474 Bad Neuenahr- Ahrweiler
Tel. 02641 - 36129
Fax. 02641 - 90 03 27
kontakt@ahrtor-apotheke.de

**Information zur Organisation der Medikamentenversorgung
nach § 12 a Apothekengesetz
und
Einwilligungserklärung zur Speicherung
gesundheitsbezogener und arzneimittelbezogener Daten
des Patienten in der Apotheke**

1. Ich wurde durch die Einrichtung informiert, dass die Versorgung der Bewohner/-innen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten, die Ihre Versorgung in der Apotheke Ihrer Wahl nicht selbst wahrnehmen wollen oder können, zukünftig nach § 12 a Apothekengesetz auf Grundlage eines Vertrages durch die mit der Einrichtung kooperierenden

Ahrtor-Apotheke, Ahrhutstr. 2 in 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler erfolgt.

Inhalt und Ziele der gesetzlichen Regelung wurden mir erläutert.

2. Ich wurde dabei auf mein grundsätzliches Recht zur freien Apothekenwahl hingewiesen.

3. Für diesen Zweck wird die Apotheke **Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen**. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung der Arzneimittel und der Inhalt der Beratungsgespräche. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

4. An dem in der Einrichtung vorgesehenen **Verfahren der Medikamentenversorgung** nach § 12 a Apothekengesetz **möchte ich teilnehmen**. Meine Entscheidung zur Teilnahme kann ich widerrufen, um von meinem Recht Gebrauch zu machen, meine Medikamentenversorgung selbst wahrzunehmen.

Ja

(Ich nehme an dem Verfahren der Medikamentenversorgung teil)

Nein

(Ich übernehme meine Medikamentenbeschaffung und -organisation selber)

5. Ich bin damit einverstanden, dass die genannten **Daten in der Apotheke** gespeichert und **zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt** werden. Die Daten dürfen dem Personal der Apotheke, das der Schweigepflicht unterliegt, und meinen behandelnden Ärzten im Rahmen des oben genannten Zweckes und bei arzneimittelbezogenen Problemen mitgeteilt werden. Im Übrigen erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte, es sei denn, ich stimme dem ausdrücklich zu.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

6. Rechnungserstellung

Die Rechnungserstellung erfolgt monatlich durch die Apotheke.

Patientendaten auf dem Wohnbereich

Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Vor- und Nachname des Bewohners	
Krankenkasse	
Geburtsdatum	
Befreiung	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> gefaxt an Apotheke am:
Hausarzt	
Wohnbereich	
Zimmer	

Rechnungsanschrift

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers	
Straße	
PLZ und Ort	
Telefon - für Rückfragen -	

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungsstellung für mich per E-Post durch die Apotheke erfolgt.
 Hierbei werden die Belege von der Apotheke in verschlüsselter Form an das Druckzentrum der Deutschen Post AG verschickt. Von dort werden sie ausgedruckt, kuvertiert und an mich versandt.
 Für den Fall dass ich privat versichert bin, versendet die Ahrtor-Apotheke meine Rechnung mit Rezepten und Kopien selbst an mich.

Rechnungsempfänger ist ...	Bewohner <input type="radio"/>
	Amtlicher Betreuer <input type="radio"/> Bevollmächtigter <input type="radio"/>
	Angehöriger <input type="radio"/>

Ahrweiler,

 Unterschrift des Bewohners, Bevollmächtigten oder Angehörigen