

Bitte ausgefüllt an uns zurücksenden!

Interner Vermerk vom Mitarbeiter der Apotheke auszufüllen

Datum

MA-Kürzel

Patienteninformationen

Name / Vorname Patient/in

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer / Postleitzahl / Ort

Telefon

E-Mail

Krankenkasse

Versichertenstatus

gesetzlich

privat

Für gesetzlich versicherte Patient/innen

Ich bin von der Zuzahlung

befreit.

Befreiung gültig

von

bis

nicht befreit.

Befreiungsausweis liegt als Kopie bei.

Die Bezahlung der verordneten Medikamente, sowie die Abrechnung der gesetzlichen Zuzahlungsgebühren erfolgt über eine monatliche Sammelrechnung, die von mir oder einem von mir bestimmten gesetzlichen Vertreter innerhalb von 14 Tagen beglichen wird.

Bitte ausgefüllt an uns zurücksenden!

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für parenterale Zubereitungen und sonstige Arzneimittel, die im Rahmen meiner Therapie erforderlich sind und die ich in der Arztpraxis appliziert erhalte oder im Rahmen meiner Therapie zu Hause einnehme, bei der nachfolgend von mir ausgewählten Apotheke einzulösen. Die Herstellung dieser Arzneimittel ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, die nicht alle Apotheken erfüllen können. Die Acnos Apotheke im Aquis Plaza erfüllt diese gesetzlich festgelegten Richtlinien technischer, personeller und räumlicher Art, die an die Herstellung derart sensibler Arzneimittel gestellt wird. Wie bei allen anderen Apotheken müssen Sie auch hier die gesetzliche Rezeptgebühr bezahlen, sofern Sie nicht von der Zuzahlung befreit sind. Die Acnos Apotheke im Aquis Plaza sendet Ihnen hierfür monatlich eine Rechnung über die zu leistenden Zuzahlungen, bei Privatpatienten über die gesamten Arzneimittelkosten zu. Das mir gemäß § 31 Abs. 1 Satz 5 SGB V zustehende Apothekenwahlrecht übe ich in der Form aus, dass ich hiermit die mit der Arztpraxis gemäß § 11 Abs. 2 Apothekengesetz kooperierenden Acnos Apotheke im Aquis Plaza, Acnos OHG, Adalbertstraße 100, 52062 Aachen beauftrage mich mit den mir verschriebenen Arzneimitteln zu versorgen. Ich habe diese Apotheke aus freien Stücken gewählt und damit das mir zustehende Apothekenwahlrecht ausgeübt. Die Arzneimittel sollen direkt von der Apotheke an die Arztpraxis geliefert werden. Mir ist bekannt, dass ich meine oben getroffene Wahl jederzeit gegenüber der Arztpraxis schriftlich widerrufen oder ändern kann.

Optional

- die angegebene/n Person/en ist/sind zur Einlösung von Rezepten des Vollmachtgebers gegenüber der Apotheke und zur Abholung von Medikamenten sowie der Zuzahlungsnachweise bevollmächtigt. Die Vollmacht bleibt in Kraft, bis der Apotheke das Erlöschen der Vollmacht von dem Vollmachtgeber angezeigt wird (Widerruf).

Name / Vorname gesetzliche/r Vertreter/in / Bevollmächtigte/r

Straße / Hausnummer / Postleitzahl / Ort

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die Acnos OHG, Kurbrunnenstraße 22, 52066 Aachen, Telefon: 0241 - 9610 9920, info@acnos.de meine unten genannten personenbezogenen Daten sowie weitere gesundheitsbezogene Daten, die ich innerhalb unserer Beratungsgespräche mitteile, wie z. B. Rezeptdaten, Erkrankungen, Wechselwirkungen und Allergien, verarbeitet und in diesem Zusammenhang eine Kundendatei führt. Diese Datenverarbeitung dient der kundenorientierten, effektiven Beratung und Betreuung, insbesondere hinsichtlich etwaiger Arzneimitteltherapien, Arzneimittelrisiken und Wechselwirkungen, der Lieferung nicht vorrätiger Arzneimittel sowie der Verwaltung von [Zu-)Zahlungen. Des Weiteren dient die Verarbeitung der Daten dazu, einen Nachweis über geleistete Zuzahlungen zur Vorlage bei der Krankenkasse und über die getätigten Aufwendungen gegenüber dem Finanzamt zu erstellen. Ebenso werden die in der Kundendatei gespeicherten Daten zur telefonischen oder persönlichen Rücksprache mit dem behandelnden Arzt [z. B. bei Fragen der Medikation betreffend] und der Krankenkasse verarbeitet. Überdies bin ich damit einverstanden, dass die Apotheke im Falle von Kostenübernahmeanträgen die hierfür erforderlichen Daten an meine Krankenkasse weiterleitet.

Ort / Datum / Unterschrift