

FÜFO 7.3-7 Einwilligungserklärung für die Apotheke

Hiermit erteile ich (Name/Vorname),
geboren am _____ wohnhaft im Wohnbereich _____
der Stiemerling Senioren-Residenz, vertreten durch (Betreuer/Bevollmächtigter) _____
meine Einwilligung, folgende Leistungen zu
übernehmen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

SENIOREN-RESIDENZEN
AMBULANTE PFLEGE
TAGESPFLEGE
SENIOREN-WOHNUNGEN

Beschaffung von Arzneimitteln durch die Vertragsapotheker
Aufbewahrung von Arzneimitteln
Stellen der Einzel- und Tagesdosen von Arzneimitteln
Verabreichen der Arzneimittel
Entsorgung der abgesetzten und nicht mehr benötigten Medikamente durch die Apotheke
Rezeptgebührenbefreiung liegt vor bis _____
Rezeptgebührenbefreiung liegt nicht vor
Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben
zu meinen Medikamenten in der Apotheke gespeichert werden und ausschließlich zu
Zwecken der Optimierung der Arzneimitteltherapie und Erhöhung meiner Lebensqualität
verarbeitet und genutzt werden.

Die Mitarbeiter der Apotheke unterliegen der Schweigepflicht und werden meine Daten nicht
ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden
Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden,
dass die Apotheke diesen Kontakt aufnimmt.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen
werden. Selbstverständlich kann ich jederzeit Einsicht in meine Daten nehmen. Diese Daten werden
zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Die Apotheke erstellt einmal im Monat eine Rechnung an mich persönlich. Die Rechnung wird an
folgende Adresse erbeten:

Die Bezahlung der monatlich anfallenden Rechnung nehme ich wie folgt vor:

Bezahlung über mein Taschengeldkonto bei der Stiemerling Senioren-Residenz
per Überweisung
per Lastschriftverfahren
IBAN:
BIC:
Bank:

Ort

Datum

Unterschrift Bewohner/ Bevollmächtigter)

HATTORF AM HARZ

KÖNIGSLUTTER

NORTHEIM

HERZBERG

GOMMERN

