

## Vereinbarung über die pharmazeutische Versorgung

Ziel dieser Vereinbarung ist es, den zu Versorgenden, im folgenden Kunden genannt, z. B. bei Immobilität, eine pharmazeutische Versorgung zu erleichtern und eine bessere Zusammenarbeit der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen im Sinne des zu Versorgenden zu ermöglichen.

Um eine pharmazeutische Betreuung zu gewährleisten ist das Anlegen einer Kundendatei notwendig.

1. Die Wibbelt Apotheke wird durch den Kunden ermächtigt eine Arzneimittelanforderung beim behandelnden Arzt auszulösen und ggf. abzuholen.
2. Die Wibbelt Apotheke liefert die verordneten Produkte an:
  - a) an den Kunden
  - b) an den Pflegedienst .....
  - c) an .....
3. Die Abrechnung für die gelieferten Produkte erfolgt im Lastschriftverfahren. Der Kunde oder, wenn abweichend, der Kontoinhaber berechtigen die Wibbelt - Apotheke die zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit über die unten aufgeführte Bankverbindung einzuziehen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Die Lastschrift ist beim kontoführenden Kreditinstitut innerhalb der dafür vorgesehenen Fristen widerrufbar.
4. Der Kunde berechtigt die Wibbelt - Apotheke gegenüber Angehörigen oder Dritten, die unten aufgelistet werden können, Auskunft über sensible und kundenbezogene pharmazeutische Daten zu geben und zu beraten. Diese Beratung ist jederzeit möglich, falls diese jedoch zeitlich umfangreicher ausfallen sollte, bietet die Wibbelt - Apotheke hierfür eine Terminvereinbarung an. Die Beratung kann auch telefonisch erfolgen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Wibbelt-Apotheke meine personenbezogenen Daten und Angaben zu Gesundheit, Arzneimittel und anderen Produkten (i.F.Daten genannt) speichert.

Ich bin darüber informiert worden, dass die Wibbelt-Apotheke die Daten für meine pharmazeutische Betreuung benötigt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Aufgaben wie die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplanes gemäß §31a Abs. 3 Satz 2 SGB V, die Rezeptabwicklung, die Erfassung meiner Eigenleistungen zur Vorlage bei der Krankenkasse oder Finanzamt zu erfüllen. Ebenso können die Daten zur Ausgabe einer Kundenkarte und Durchführung von Botendiensten genutzt werden.

Ich bin deshalb damit einverstanden, dass meine zur pharmazeutischen Betreuung notwendigen Daten im Zugriff aller evtl. vorhandenen Filialen der Apotheke, sowie innerhalb der ggf. im Verbund angeschlossenen Apotheken sind und dort ebenso gespeichert werden. Ich wurde über die näheren Einzelheiten dazu ausdrücklich informiert. Die Apotheke ist nicht berechtigt, meine Daten an Dritte weiterzugeben, es sei denn übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (wie bspw. an Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, auftragsdatenverarbeitende Dienstleister). Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund arzneimittelbezogener Fragen nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke diesen Kontakt aufnimmt.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben gemäß §4 BDSG freiwillig erfolgen. Gemäß §§34, 35 BDSG bin ich jederzeit berechtigt, Einsicht in meine Daten zu erhalten sowie deren Berechtigung, Sperrung und Löschung zu verlangen.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese freiwillige Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der Apotheke widerrufen kann. Bei erfolgtem Widerruf ist die Wibbelt-Apotheke verpflichtet, meine

gespeicherten Daten unverzüglich zu löschen bzw. wenn technisch nicht möglich bzw. unverhältnismäßig aufwendig ersatzweise zu sperren, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen dem entgegenstehen. Im Falle eines Inhaberwechsels stimme ich der Weitergabe meiner gespeicherten Daten an einen neuen Inhaber zu.

**Kundendaten:**

Name: Herr/Frau

Vorname:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Straße:

Geb.-Dat.:

Bekannte Allergien:

Hausarzt:

Krankenkasse:

KK Status:

Zuzahlungsbefreit bis:

Kunden Nr.:

Zusatzinformationen:

Zur Auskunft und Beratung vorgesehene Personen:

Ihre Bankverbindung zum Einzug von Forderungen im SEPA-Lastschriftverfahren:  
*Der Lastschrifteneinzug erfolgt am folgenden Montag nach Rechnungsstellungsdatum; wir bitten um Kontodeckung zu sorgen. Erfolgte Rücklastschriften werden berechnet.*  
*Unsere Gläubiger ID: DE93ZZZ00000374752*

Bankbezeichnung:

Kontoinhaber:

Kto.- Nr./IBAN:

BLZ/BIC:

Oelde, den

---

Unterschrift des Kunden

---

Unterschrift des Kontoinhabers, wenn  
abweichend vom Kundennamen

---

Unterschrift Leiter der Wibbelt - Apotheke