

QMS-Handbuch H. + P. Brugger OHG Apotheke St. Pölten Ammer-Apotheke 82362 Weilheim	Anlage 2 zu Prozess 5.3.1	Freigegeben am: 11.07.18
	Seite 1 von 2	Freigegeben durch:

Medikamentenversorgung Hospiz

durch Apotheke St. Pölten

Für **Gast:** _____ Geb.-Dat.: _____

derzeit im Hospiz Polling, Kirchplatz 3, 82398 Polling

Krankenkasse / Krankenkassennummer: _____

Arzt: Hr. Dr. Schiessler
 Fr. Dr. Henning
 Anderer: _____

Rezeptgebührenbefreiung: Ja Nein

Darf die Apotheke Medikamente liefern,
die nicht von der Krankenkasse bezahlt werden? Ja Nein

Abrechnung per Rechnung oder
Lastschrift (siehe unten) Ja
Ja

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, oder mein/e Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r,
ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten
durch **die Apotheke St. Pölten und der Ammer-Apotheke OHG**.

Diese Einwilligung bezieht sich auch auf alle Daten zu Medikation, zu Arzneimitteln, zu
Produkten und zu Dienstleistungen, die ich in den Apotheken erhalte bzw. erwerbe.
Bei arzneimittelbezogenen Problemen dürfen die Daten an den behandelnden Arzt weiter
gegeben werden.

Die Grundsätze unserer Datenverarbeitung können Sie in unserer Apotheke oder unter
www.apotheken-weilheim.de/datenschutz/ einsehen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Gast oder Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r _____

QMS-Handbuch H. + P. Brugger OHG Apotheke St. Pölten Ammer-Apotheke 82362 Weilheim	Anlage 2 zu Prozess 5.3.1	Freigegeben am: 11.07.18
	Seite 2 von 2	Freigegeben durch:

Die anfallenden Arzneimittelkosten und Rezeptgebühren der Apotheke werden von

- mir und nach meinem Tode von meinem/r Angehörigen oder
Betreuer/in bzw. Bevollmächtigten
- Meinem/r Angehörigen oder Betreuer/in bzw. Bevollmächtigten

übernommen.

Angehörige/r:

Gesetzliche/r Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r:
(Falls zutreffend)

Name: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Anschrift _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Mit diesen Unterschriften erkläre ich mich als Angehörige/r oder Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r damit einverstanden, dass **meine personenbezogenen Daten** durch die Apotheke St. Pölten und der Ammer-Apotheke gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Die Grundsätze unserer Datenverarbeitung können Sie in unserer Apotheke oder unter www.apotheken-weilheim.de/datenschutz/ einsehen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Angehörige/r oder Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r: _____

Damit für Sie die Abwicklung der Abrechnung möglichst unkompliziert und zeitsparend wird, können Sie uns gerne, falls gewünscht, eine Einzugsermächtigung erteilen. Füllen Sie dazu einfach den nachfolgenden Abschnitt aus:

Hiermit erteile ich der Apotheke St. Pölten eine **Einzugsermächtigung** von folgendem Konto:

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Unterschrift Gast oder Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r:

Für alle Fragen rund um Ihre Gesundheit

Apotheke St. Pölten; H. & P. Brugger OHG; Pöltnerstr. 32; 82362 Weilheim; Tel.: 0881-4337; Fax: 0881-69155
Ammer Apotheke, Schützenstr. 26a, 82362 Weilheim; Tel.: 0881-7791; Fax: 0881-64811