

Auftrag zur Medikamentenversorgung

im Rahmen des Heimvertrages

Name: _____
Auftrag zur Medikamentenversorgung

Vorname: _____

Wohnbereich: _____

Zimmer Nr.: _____

Geburtstag _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Befreiung von der Zuzahlung liegt vor: Ja/Nein

Rechnungsanschrift: _____

Einzugsermächtigung zur Apothekenabrechnung gewünscht JA/NEIN

Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Es ergeht folgender Auftrag an die Storchen Apotheke Heinersreuth (**FAX 7413233**)
Die Speicherung der verordneten Arzneimittel dient Ihrer Sicherheit bei der Arzneimittelabgabe. Zusätzlich kann am Jahresende eine Gesamtquittung über bezahlte Anteile erstellt werden und Sie erhalten von uns kostenfrei aktuelle Informationen. Ihre Daten werden nur in der Apotheke gespeichert, eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Mit der Belieferung meiner Rezepte durch die Storchen Apotheke Bayreuth und der Speicherung meiner persönlichen Daten auf Datenträger bin ich einverstanden. Mir wurde bestätigt, daß es den bei der Datenspeicherung beschäftigten Personen untersagt ist, meine Daten ungefragt zu verarbeiten oder weiterzugeben.

Datum, Unterschrift Bewohner(in) / Vertreter