

Einverständniserklärung der/s Heimbewohnerin/s¹ zur Übermittlung von E-Rezepten direkt an die gewählte Apotheke

Durch Bewohnerin/Bewohner/Bevollmächtigte/Bevollmächtigten auszufüllen!

.....

Name, Vorname Bewohner/in

.....

Name, Vorname Bevollmächtigte/r

.....

Geburtsdatum Bewohner/in

.....

Name und Anschrift des Heimes¹

.....

Wahlapotheke²

.....

Adresse der Wahlapotheke²

.....

Krankenkasse

O Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Ärztin / mein behandelnder Arzt für mich ausgestellte E-Rezepte direkt per KIM an die von mir gewählte Apotheke übermittelt.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....

Ort

.....

Datum

.....

Unterschrift Bewohner/in

.....

Unterschrift Bevollmächtigte/r

Praxisstempel und
Unterschrift Ärztin / Arzt

¹ Als Heim gelten Einrichtungen im Sinne von § 1 des Heimgesetzes

² Sofern ein Vertrag nach § 12a ApoG zur Heimversorgung besteht, sollte die heimversorgende Apotheke ausgewählt werden