

## Einverständniserklärung für die Heimversorgung

**Apotheke:** Rohan Apotheke – Friedrichstrasse 52 – 77955 Ettenheim

**Heimträger:** Seniorenzentrum An der Elz gGmbH -Fabrikstraße 4 -79312 Emmendingen-Kollmarsreute

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung, dass die Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch die oben genannte Apotheke sichergestellt wird. Dabei ist die Apotheke berechtigt, erforderliche personenbezogene Daten an das Heim weiterzuleiten bzw. abzufragen.

Diese Einwilligung beinhaltet neben der Speicherung meiner Kontaktdaten auch die Speicherung meiner Gesundheitsdaten, insbesondere zur Medikation oder Arzneimitteln und Produkten, die ich erhalte bzw. erwerbe oder die im Rahmen einer ordnungsgemäßen Arznei- und Heilmittelversorgung erforderlich sind.

Darüber hinaus willige ich ein, dass Auskünfte von rezeptierenden Ärzten zur korrekten Medikation oder vergleichbare erforderliche Informationen im Rahmen der Medikationsberatung eingeholt werden dürfen.

Im Weiteren willige ich ein, dass Information an nachfolgende Personen, nach deren Identitätsfeststellung, weitergeben werden dürfen. Sollte ich Patient\*in sein mit Polymedikation, d.h. mehr als 5 verordneten systemisch wirkenden Arzneimitteln willige ich ebenfalls einer kostenfreien, pharmazeutischen Prüfung meiner Gesamtmedikation einschließlich der Selbstmedikation ein, um Doppelmedikationen, Interaktionen zu vermeiden und für potenziell klinisch relevante arzneimittelbezogene Probleme Lösungen zu erarbeiten.

_____	_____	_____
Bewohner:	Vor- und Nachname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Ggf. Betreuer	Vor- und Nachname	

Das Informationsblatt „Patienten- und Kundeninformationen zum Datenschutz“ habe ich zu Kenntnis genommen.

**Widerruf** Ich habe zur Kenntnis genommen, dass diese Einwilligung von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Name, Vorname	Unterschrift

### Ihre Kundendaten:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Kassennummer: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Befreiung bis: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

E-Mail für mögl. Rechnungsversand \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse falls abweichend: \_\_\_\_\_

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

SEPA Direct Debit Mandate

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)/creditor adress

Rohan Apotheke  
Friedrichstr. 52  
77955 Ettenheim

und dessen Filialen / and its branches

Rohan Apotheke im Schuttertal, Hauptstr. 30, 77960  
Seelbach  
Rohan's Burg-Apotheke, Renchenerstr. 1, 77704  
Oberkirch  
Rohan's Anker-Apotheke, Hauptstr. 43, 77694 Kehl**DE59ZZZ00000449278**

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

**Wird separat mitgeteilt!**

Mandatsreferenz / mandate reference

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) Rohan Apotheke und die oben genannten Filialen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Rohan Apotheke und den oben genannten Filialen auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, I (we) authorise Rohan Apotheke and the aforementioned branches to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Rohan Apotheke and the aforementioned branches.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

 Wiederkehrende Zahlung / recurrent payment Einmalige Zahlung / one-off payment

Zahlungspflichtiger / debtor name

Zahlungspflichtiger Straße und Hausnummer / debtor street and number

Zahlungspflichtiger PLZ und Ort / debtor postal code and city

Zahlungspflichtiger Land / debtor country

Zahlungspflichtiger IBAN / debtor IBAN

Zahlungspflichtiger SWIFT BIC / debtor SWIFT BIC

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) / signature(s)

Rechnungsempfänger