

Beschaffungsauftrag

Hiermit beauftrage ich den behandelnden Arzt, den für die Durchführung der Impfung in der Praxis benötigten Impfstoff in meinem Namen bei

der Apotheke meiner Wahl

Name und Adresse der Apotheke

zu besorgen. Für den Fall, dass die Apotheke meiner Wahl auf Nachfrage meines Arztes den Impfstoff nicht an meinen Arzt liefert bzw. sendet, werde ich mich selbst um die Beschaffung des Impfstoffs kümmern. Sofern das Rezept noch nicht in die Apotheke versandt wurde, werde ich es beim Arzt abholen und persönlich zur Apotheke meiner Wahl bringen. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass der Impfstoff bei +2 bis +8 Grad Celsius zu lagern und zu transportieren ist. Bei Abweichung von diesen Bedingungen ist die Wirksamkeit des Impfstoffs nicht mehr zu gewährleisten.

der Apotheke seiner Wahl

zu besorgen. Mein Arzt hat mir mitgeteilt, welche Lieferapotheke er zur Zeit beauftragt. Hiergegen habe ich keine Einwände. Meine Einwilligung bezieht sich ausschließlich auf die mir mitgeteilte Apotheke. Bei einem eventuellen Wechsel der Lieferapotheke ist meine Zustimmung daher erneut einzuholen.

Die beauftragte Apotheke wird angewiesen, mir das bedruckte Originalrezept zum Zwecke der Abrechnung zusammen mit ihrer Rechnung für den bezogenen Impfstoff zuzuleiten.

Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke die mich betreffenden Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum und Daten der Rezeptbelieferung) zum Zweck der Rechnungslegung an das private Abrechnungszentrum NOVENTI HealthCare GmbH übermittelt. Die Mitarbeiter dieser Firma unterliegen in gleicher Weise wie die beauftragte Apotheke den datenschutzrechtlichen Bestimmungen und wurden auf die Einhaltung des Datenschutzes persönlich verpflichtet. Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit durch Mitteilung an die beauftragte Apotheke widerrufen.

Rezeptkopie gewünscht Ja Nein

Name des Impflings

Geburtsdatum

Name des/der Erziehungsberechtigten

Telefon

E-mail Adresse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Praxisstempel oder Eingabe Praxis und Adresse

Ort, Datum

Unterschrift des Impflings bzw. des Erziehungsberechtigten

- Kopie für den/die Erziehungsberechtigten
 Kopie zum Verbleib in der Praxis
 Kopie per Mail an die Lieferapotheke