Bewohneraufnahme

ENGEL APOTHEKEN

Einrichtung: **St. Elisabeth, Herrleinweg 5, 36154 Hosenfeld**

Bewohner: Name, Vorname: ……

Geburtsdatum: …… Wohnbereich: ……..

Hausarzt: ……

Krankenkasse: gesetzlich* ☐ privat ☐

Krankenkasse: ……

Befreiungsausweis: Ja (bitte zusenden!) ☐ Nein ☐

Vollzeitpflege: ☐ Kurzzeitpflege: ☐

*Anlieferung von privat zu zahlenden Arzneimitteln bewilligt: Ja ☐ Nein ☐ nach Genehmigung ☐
(betrifft ausschließlich Arzneimittel die nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen)

☐ Ich beauftrage die Engel-Apotheke in Horas zur Übernahme des Medikamentenmanagements. Mit dieser Apotheke hat das Altenpflegeheim St. Elisabeth in Hosenfeld den nach § 12a Apothekengesetz (ApoG) vorgeschriebenen Versorgungsvertrag abgeschlossen. Das Medikamentenmanagement beinhaltet die Reichweitenplanung der Medikation, die Rezeptanforderung und die Organisation des Rezeptflusses in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten. Ebenso beinhaltet dies die Abrechnung von Rezeptzuzahlungen (bei GKV-Versicherten) sowie einem möglichen zusätzlichem Bedarf von Hilfsmitteln und Medikamenten (Belieferung aufgrund ärztlicher Verordnung, Bestellung durch Pflegepersonal, Bewohner).

Der Nachweis der Rezept- und Medikamentenbelieferung erfolgt durch Einzelauflistung der Medikamente mit Lieferdatum auf einer Monatsrechnung, die per SEPA-Lastschrift eingezogen wird. Hierzu ist das gesonderte SEPA-Lastschriftmandat auszufüllen.

Die Monatsrechnung soll an folgende, vom Pflegeheim abweichende Adresse versendet werden:

Name, Vorname: …….....

Strasse: …….....

PLZ, Ort: .....

Telefon: …….....

e-Mail: …….....

Ort und Datum	Unterschrift (zutreffend. bitte ankreuzen)	
	des Bewohners	☐
	des bestellten Betreuers	☐
	des Bevollmächtigten	☐

Einwilligungserklärung zur Speicherung gesundheitsbezogener Daten zur Medikamentenversorgung (Verblisterung)

Ich wurde über das Konzept der Medikamentenversorgung im

St. Elisabeth, Herrleinweg 5, 36154 Hosenfeld
(Name und Anschrift des Heimes und des Wohnbereiches)

informiert.

Dabei wird das Richten der Dauer-Medikamente – der aktuellen fachlichen Entwicklung entsprechend – an die

Engel Apotheke in Horas, Schlitzer Str. 87, 36039 Fulda
(Name und Anschrift der Apotheke bzw. Apotheken)

übergeben.

Die Pflegeeinrichtung erhält dann für jeden Bewohner entsprechend der ärztlichen Verordnung die individuellen Tabletten für jeden Einnahmezeitpunkt in einem beschrifteten „Blistertütchen". Dieses Verfahren erhöht die Sicherheit in der Medikamentenversorgung und schafft Ressourcen für pflegefachliche und bewohnernahe Tätigkeiten der Pflegekräfte.

Im Haus St. Elisabeth Hosenfeld, wird dieses Verfahren in Kooperation mit der Engel Apotheke in Horas, Inhaber Daniel Reuschel, Schlitzer Str. 87, 36039 Fulda, Tel: 0661 - 9529111 durchgeführt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Engel Apotheke in Horas die zu diesem Zweck erforderlichen Daten zu meinem Gesundheitszustand, zur Anwendung der Arzneimittel und dem Inhalt der Beratungsgespräche erfasst und für das Liefern und Stellen der Arzneimittel sowie zu meiner Beratung verwendet.

Da die Apothekenleitung und das –personal der Schweigepflicht unterliegen, werden meine Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben.

Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass die Engel Apotheke in Horas diesen Kontakt aufnimmt. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Engel Apotheke in Horas die erfassten Daten den zur Verschwiegenheit verpflichteten Personen bekannt gibt, die mit der Bereitstellung der Arzneimittel beauftragt werden, insbesondere des Blisterzentrums, die die patientenindividuellen Blister herstellt. Ich bin damit einverstanden, dass die verschriebenen Arzneimittel bei dem beauftragten Unternehmen lagern. Auf Wunsch werden diese mir wieder ausgehändigt.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit Einsicht oder schriftliche Auskunft über meine erfassten Daten erhalten und entscheiden kann, ob und welche gegebenenfalls gelöscht oder gesperrt werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Diese Einwilligung kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

_____
(Name, Vorname, Geburtstag des Bewohners*)

Mit den umseitig abgedruckten datenschutzrechtlichen Bestimmungen erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ort und Datum	Unterschrift (zutreffend. bitte ankreuzen)	
	des Bewohners	☐
	des bestellten Betreuers	☐
	des schr. Bevollmächtigten	☐

SEPA Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Engel Apotheke in Horas, Inhaber Daniel Reuschel, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Engel Apotheke in Horas auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____ __ __ __ __ __ __ __ __ | __ __ __
Kreditinstitut (Name) BIC

DE __ __ | __ __ __ __ |__ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __
IBAN

_____ _____
Datum, Ort Unterschrift

Wir bitten um Nachricht, sofern bezüglich der IBAN und/oder BIC Abweichungen zu den Ihnen vorliegenden Angaben (z.B. auf dem Kontoauszug ersichtlich) bestehen.

Auf Ihrem Kontoauszug finden Sie die „Gläubiger-Identifikationsnummer“ und die „Mandats-Referenznummer“. Sie dienen der eindeutigen Kennung von Kontobelastungen auf Grundlage dieses Mandates.

Mandatsreferenz (wird von Apotheke ergänzt) _____
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE50ZZZ00002810711