

BESTELLUNG

Ammersee-Apotheke

Bitte per Fax an 08143 447390 oder per Post an Ammersee-Apotheke, Münchner Str. 1, 82266 Inning

Kundennummer _____ (nur wenn bereits vorhanden)

Bestelldaten

Vorname _____

Nachname _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Separate Lieferadresse:

Vorname _____

Nachname _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

Ich möchte folgende Arzneimittel bestellen (Versandkostenfrei ab 25 € und/oder bei Rezepteinsendung)

PZN ¹	Bezeichnung/Stärke	Packungsgröße	Anzahl	Einzelpreis €	Gesamtpreis €
				Summe	

¹ die 8-stellige PZN (Pharma-Zentral-Nummer) finden Sie auf der

Zahlungsweise

Bankeinzug (ab 50,-€)

Kontoinhaber _____

Bankinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Rechnung

Rezeptbestellung (Falls Sie ein Rezept einlösen möchten, legen Sie dies der Bestellung einfach bei)

Privatrezept

Ich möchte, falls verfügbar, ein preisgünstiges Reimport Arzneimittel erhalten.

Ich möchte meine Medikamente nur vom Originalhersteller. Bitte senden Sie mir keine Reimporte!

Kassenrezept

Ich bin zuzahlungsbefreit (Bitte legen Sie eine Kopie des Befreiungsausweises bei)

Ich möchte, falls möglich, ein zuzahlungsfreies Medikament erhalten.

Arzneimittelpackung in der Nähe des Strichcodes

Die Einwilligungserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten in der Apotheke auf der Rückseite dieses Blattes habe ich gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

Anmerkung und Wünsche: _____

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____

(Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die AGB's der Ammersee-Apotheke, welche Sie unter www.apotheke-inning.de einsehen können. Sie bestätigen ebenfalls mindestens 18 Jahre alt zu sein).

Münchner Str. 1 in 82266 Inning
info@apotheke-inning.de



Tel. : 08143-446 Fax: -447390
Ust.Id.Nr.DE 280867418

Einwilligungserklärung

Zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Daten des Patienten in der Apotheke

Versand der Arzneimittel aus der Apotheke

Ich erhalte meine Arzneimittel auf eigenen Wunsch von der unten genannten Apotheke auf dem Versandweg. In der Ammersee-Apotheke wird für mich eine elektronische Patientendatei geführt. Dazu werden die unten genannten Daten sowie Daten zu meinen Erkrankungen, meinen behandelnden Ärzten und meiner Arzneimitteltherapie, die sich aus vorgelegten Verordnungen oder OTC-Verkäufen ergeben, sowie ggf. Informationen über die Befreiung von der Zuzahlung erfasst. Meine Daten werden hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Zudem dient die Kundenkarte dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen (Zuzahlungsbescheinigung).

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal der Ammersee-Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme auch aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Arzneimitteln ergeben, wird mich mein Apotheker um mein Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme bitten und ihn über diese anderweitige Medikation unterrichten. Ich bin damit einverstanden, dass mich mein Apotheker diesbezüglich auch telefonisch oder postalische kontaktieren darf.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich oder in Textform (E-Mail) ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ich habe die Datenschutzerklärung, in der ich über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung und dem nationalen Datenschutzrecht informiert wurde, zur Kenntnis genommen.

Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Ammersee-Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an den Verantwortlichen Isabel Grötzbach e.K., Münchner Str. 1 in 82266 Inning, Tel. 08143446 wenden.

- Ich möchte regelmäßig über Angebote und Aktionen der Ammersee-Apotheke informiert werden
- Ich bin damit einverstanden, dass die Ammersee-Apotheke mir Gutscheine und Grußkarten zu Geburtstagen, Feiertagen und anderen besonderen Anlässen zuschickt.

Name	Anschrift
Geburtsdatum	Telefon/Email (freiwillige Angabe)
_____ Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)	