

Einwilligungserklärung

für Privatpatienten bei Erbringung pharmazeutischer Dienstleistungen

Sehr geehrte/geehrter Versicherte,

für die Erbringung einer pharmazeutischen Dienstleistung in unserer Apotheke haben Sie bereits eine separate Vereinbarung unterzeichnet.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten pharmazeutischen Dienstleistungen beabsichtigen wir, das Rechenzentrum *NOVENTI Health SE, Berg-am-Laim-Straße 105, 81673 München* zu beauftragen. Zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Abrechnung erklären Sie folgendes:

1. Ich bin mit der Weitergabe folgender Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Art und Datum der Leistung, Versichertennummer) zum Zweck der Abrechnung an das genannte Rechenzentrum einverstanden.
2. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen pharmazeutischen Dienstleistungen gemäß § 129 Abs. 5e SGB V entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meiner Apotheke und dem genannten Rechenzentrum mehr statt.

Die Vereinbarung wird getroffen zwischen



Salinen-Apotheke, Friedrichshaller Str. 15, 74177 Bad Friedrichshall
info@salinen-apotheke-bad-friedrichshall.de Tel.: +49 7136 98 11 0



Apotheke im Medicus, Hagenbacher Str. 2, 74177 Bad Friedrichshall
info@apotheke-im-medicus.de Tel.: +49 7136 95 19 0



Rosen Apotheke, Rathausplatz 34, 74388 Talheim
info@rosen-apotheke-talheim.de Tel.: +49 7133 98 62 0

und

Versicherte Person

Name _____

Geburtsdatum _____

Vorname _____

Krankenkasse _____

Anschrift _____

Privat-Vers.: _____

Mitglieds-Nr.: _____

Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

Ort, Datum, Unterschrift der Versicherten Person oder der gesetzlichen Vertretungsperson