

Vereinbarung über die Versorgung mit Arzneimitteln zwischen der BURG-APOTHEKE, Frankfurter Straße 7, 61462 Königstein und

Vor- und Nachname Patient*in:

Geburtsdatum:

Adresse:

Name des behandelnden Arztes:

Name der Krankenkasse/Versicherung:

Versicherungs-Nr.:

Die Apotheke ist auf die Arzneimittelversorgung von Patienten mit urologischen Erkrankungen spezialisiert und verfügt in diesem Fachgebiet über eine spezifische Ausstattung, Erfahrungen und Kenntnisse. Der Patient befindet sich in ambulanter urologischer Behandlung. Sein behandelnder Arzt benötigt für den Patienten Zubereitungen mit Neomycin, einem Wirkstoff zur Behandlung und Vorbeugung von Blasenentzündungen für katheterisierte Patienten. Dem Patienten steht es frei, von welcher Apotheke er seine Arzneimittel bezieht. Er wünscht eine Versorgung nach Maßgabe der nachfolgenden Erklärung:

Ich möchte mich von der Apotheke mit der für die Therapie von meinem Urologen vorgesehenen sterilen Zubereitung versorgen lassen. Dabei handelt es sich um Arzneimittel, die dazu dienen, dass ich die als Dauerkatheträger/in keine Infektionen der Blase erleide oder diese schnellstmöglich lokal therapiert werden. Dazu wird eine Blaseninstillation durchgeführt. Diese Medikation dient auch dazu häufige Katheterwechsel und im schlimmsten Fall Krankenhauseinweisungen zu vermeiden.

Die konkrete Abwicklung meiner Versorgung lege ich wie folgt fest:

- Ich kümmere mich selbst um die Abwicklung der Arzneimittelversorgung.
- Ich fühle mich nicht dazu in der Lage, die Arzneimittelversorgung selbst zu organisieren. Deshalb beauftrage ich hiermit:

Vorname, Name, Adresse, Telefonnummer:

Die Übergabe der Arzneimittel soll erfolgen:

- bei Abholung in der Apotheke durch mich bzw. meinen Bevollmächtigten
- bei mir zu Hause (Zustellung durch Boten der Apotheke)
- sonstiger Ort (bitte genau benennen):

Ort:

Ich kann jederzeit meine Erklärungen widerrufen. Insbesondere kann ich jederzeit eine andere Apotheke mit meiner Versorgung beauftragen und/oder bezüglich der konkreten Abwicklung meiner Versorgung und die Überlassung der Arzneimittel andere Entscheidung treffen.

Für Informationen und Beratung steht mir das Personal der Apotheke persönlich oder über die Servicenummer der Apotheke 06174 9929-566 zur Verfügung. Zusätzlich kann ich mich per mail unter info@apotheke-koenigstein.de an die Apotheke wenden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten für die Bestellung bei der oben angegebenen Apotheke per Fax (unverschlüsselt) und/oder postalisch weitergeleitet und zum Zweck der Bestellungsabwicklung/Stornierung gespeichert werden dürfen.

Ort/Datum

Unterschrift Patient*in