

Vollmacht

Betreff: Übersendung von Rezepten durch den Arzt/die Ärztin

Hiermit beauftrage ich

Anrede: Frau Herr Titel _____

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / /

Adresse:

Straße, Hausnr.

Ort

PLZ

meinen Arzt/meine Ärztin

Titel des Arztes/
der Ärztin

Name des Arztes/
der Ärztin

Name der Klinik/
Ambulanz:

die für meine Medikamente ausgestellten Rezepte an eine von mir bestimmte Apotheke zu übermitteln.
Mir ist bekannt, dass die Abrechnung etwaiger Rezeptgebühren oder eines Selbstbehalts direkt zwischen
der Apotheke und mir erfolgt.

Ort, Datum _____

Unterschrift  _____

Erklärung zur freien Apothekenwahl

 Anrede: Frau Herr Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum ____ / ____ / ____

Ich möchte an der Versorgungskoordination und digitalen Erfassung meiner Medikamentenversorgung durch die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH (nachfolgend „APST“ genannt) teilnehmen. Die Teilnahme setzt folgende freiwillig abgegebene Erklärung voraus. Ich bin über das mir zustehende Recht auf freie Apothekenwahl informiert und wähle in Kenntnis dessen, eine der folgenden Optionen:

Option 1

- Ich beauftrage die APST, eine für meine Medikation geeignete Kooperationsapotheke zu kontaktieren und dem Apotheker versorgungsrelevante Daten über das Ambulanzpartner Versorgungsportal zur Verfügung zu stellen.

oder

Option 2

- Ich beauftrage die APST, eine von mir namentlich genannte Kooperationsapotheke zu kontaktieren und dem Apotheker versorgungsrelevante Daten über das Ambulanzpartner Versorgungsportal zur Verfügung zu stellen.

Name der Kooperationsapotheke: _____

oder

Option 3

- Ich beauftrage die APST, eine von mir namentlich genannte Apotheke außerhalb des Ambulanzpartner Versorgungsnetzwerkes zu kontaktieren (ohne Bereitstellung versorgungsrelevanter Daten über das Ambulanzpartner Versorgungsportal),

Name der Apotheke: _____

oder

Option 4

- Ich werde eine Apotheke selbst aufsuchen (ohne Versorgungskoordination und ohne Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals).

 Ort, Datum _____ Unterschrift  _____

Lieferauftrag



Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Titel _____
Vorname	_____		
Nachname	_____		
Geburtsdatum	____ / ____ / _____		

- Ich möchte an der Versorgungskoordination und digitalen Erfassung meiner Medikamentenversorgung durch die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST teilnehmen (nachfolgend „APST“ genannt). Im Rahmen der Versorgungskoordination besteht die Möglichkeit, Medikamente per Boten oder im Wege des Versandhandels nach Hause oder in eine Arztpraxis zu liefern, in der das Medikament verabreicht wird (z. B. Injektions- oder Infusionstherapie).
- Ich habe mich für die Möglichkeit einer Lieferung durch die Apotheke oder ein von der Apotheke beauftragtes Logistikunternehmen zur Lieferung per Boten oder im Wege des Versandhandels entschieden. Die Lieferung der Medikation an den Ort meiner Wahl (z. B. nach Hause) setzt folgenden freiwillig abgegebenen Lieferauftrag voraus. Die kooperierende Apotheke im Ambulanzpartner Versorgungsnetzwerk liefert die ärztlich verordneten Medikamente an den vereinbarten Ort (direkt nach Hause oder in eine Arztpraxis oder eine andere medizinische Einrichtung).

Hiermit beauftrage ich die kooperierende Apotheke im Ambulanzpartner Versorgungsnetzwerk, mir meine Medikamente zu liefern. Die Lieferung erfolgt durch Mitarbeiter der Apotheke oder durch ein von der Apotheke beauftragtes Logistikunternehmen zur Lieferung per Boten oder im Wege des Versandhandels.

Dieser Liefervertrag ist meinerseits jederzeit mit sofortiger Wirkung kündbar. Darüber hinaus bestehen keine weiteren Verpflichtungen.



Ort, Datum _____	Unterschrift  _____
------------------	--

Einwilligungserklärung

zur Teilnahme an der Versorgungscoordination und an der medizinischen Forschung durch die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH und zur Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals.

Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Titel _____		
Vorname	<input type="text"/>				
Nachname	<input type="text"/>				
Geburtsdatum	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Postadresse					
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>				
Ort	<input type="text"/>				
PLZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH, Westhafenstraße 1, 13353 Berlin (nachfolgend „APST“ genannt) bietet eine Koordination, Kommunikation und Vernetzung zwischen Patienten (und ihren Angehörigen), medizinischen Partnern (z.B. Ärzten, Sozialdiensten) und Versorgungspartnern der Hilfs- und Heilmittel- sowie Medikamentenversorgung (z.B. Sanitätshäuser, Therapiepraxen, Apotheken) sowie der pflegerischen Versorgung (zusammenfassend „Versorgungspartner“) an. Der teilnehmende Patient, seine Versorgungspartner, medizinischen Partner und Koordinatoren werden als „Versorgungsnetzwerk“ bezeichnet. Die Internetplattform „Ambulanzpartner Versorgungsportal“ (APVP; unter www.ambulanzpartner.de abrufbar) ist die Koordinierungs- und Kommunikationsplattform, auf der die Teilnehmer des Versorgungsnetzwerkes digital vernetzt werden. Das APVP beinhaltet eine elektronische Versorgungsakte mit Gesundheits-, Behandlungs- und Versorgungsdaten des Patienten sowie eine digitale Prozesssteuerung zur Unterstützung der Versorgungscoordination und der medizinischen Forschung.

Zur Unterstützung meiner medizinischen Behandlung besteht die Möglichkeit, die Versorgungscoordination durch die APST in Anspruch zu nehmen.

Aus den mir zur Verfügung gestellten Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB), der Patienteninformation („Leistungsbeschreibung“) und der Datenschutzerklärung ist mir bekannt, dass mittels des APVP eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten sowie Gesundheitsdaten, Behandlungsdaten und Versorgungsdaten (zusammenfassend „Daten“) stattfindet. Die Nutzung der Daten erfolgt mit dem Ziel, meine medizinische Versorgung durch eine umfassende Kenntnis und stetige Aktualisierung der Daten zu verbessern. Dabei ist eine vollständige zweckgebundene Verarbeitung und Nutzung der Daten für alle autorisierten Nutzer innerhalb des APVP möglich. Autorisierte Nutzer des APVP sind meine medizinischen Partner (z. B. Ärzte), meine Versorgungspartner (z.B. Sanitätshäuser, Therapiepraxen, Apotheken) und die Koordinatoren, die mit der Koordination meiner medizinischen Versorgung beauftragt sind. Ich selbst kann ebenfalls sämtliche Daten im APVP einsehen.

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Patienten, die Patienteninformation („Leistungsbeschreibung“) und die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und gebe insbesondere in Kenntnis der dort beschriebenen Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung nachfolgende Einwilligungserklärung ab:

Erklärung zur Versorgungscoordination

- Ich möchte an der Versorgungscoordination durch die APST teilnehmen, um meine medizinische Versorgung zu verbessern.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten sowie meine Gesundheits-, Behandlungs- und Versorgungsdaten nach Maßgabe vorstehender Ausführungen an folgende Personen zur Verarbeitung und Nutzung überlassen werden, um meine Versorgung zu verbessern: medizinische Partner, Versorgungspartner und Koordinatoren, die mit meiner Versorgung beauftragt sind.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die medizinischen Partner, Versorgungspartner und Koordinatoren von Ambulanzpartner, die mit meiner Versorgung beauftragt sind, personenbezogene Daten und Gesundheits-, Behandlungs- und Versorgungsdaten über meine Versorgung und Behandlung erheben und speichern, um meine medizinische Versorgung zu verbessern.

Erklärung zur Nutzung meiner Daten für medizinische Forschung

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im APVP erhobenen und gespeicherten Daten in **pseudonymisierter Form** für wissenschaftliche oder gesundheitswirtschaftliche Zwecke (medizinische Forschung) verarbeitet werden, so z.B. für Analysen, Publikationen oder die medizinische Ausbildung. Dabei bin ich mit der Nutzung meiner Daten für die folgenden Zwecke einverstanden (Zutreffendes ankreuzen; bei keinem Kreuz erfolgt keine Nutzung der Daten für medizinische Forschung)

- Auswertung meiner pseudonymisierten Daten für die medizinische Forschung in Kooperation mit Universitätskliniken und anderen akademischen Einrichtungen, um eine Weiterentwicklung von medizinischer Behandlung zu fördern.
- Auswertung meiner pseudonymisierten Daten für die medizinische Forschung in Kooperation mit Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, um Entwicklungen oder Weiterentwicklungen von Medizintechnik, Medikamenten, anderen Medizinprodukten oder Behandlungsverfahren zu fördern.
- Einladungen zu Umfragen und Erhebungen zur medizinischen Forschung (telefonisch, per Post, per E-Mail oder das APVP).
- Auswertung meiner Daten aus Umfragen und Erhebungen über Behandlungen, Versorger, Medizinprodukte oder Arzneimittel, die **anonymisiert**, ohne Rückschlüsse auf meine Person, auf dem APVP dargestellt werden.

Erklärung zum Newsletter

- Ich möchte den Newsletter (Informationsbrief) für Patienten und Angehörige erhalten, der Nachrichten aus medizinischer Forschung sowie Hinweise zur Versorgungskoordination beinhaltet. Ich bin damit einverstanden, dass der Newsletter an die unten eingetragene E-Mail-Adresse versendet wird. Der Newsletter ist kostenlos und kann von mir jederzeit mit einer E-Mail an registrieren@ambulanzpartner.de abbestellt werden (Zutreffendes ankreuzen):

- Zusendung des Newsletters keine Zusendung des Newsletters

Erklärung zur Freiwilligkeit und zum Widerruf

- Ich bin darüber informiert, dass meine Teilnahme an der Versorgungskoordination und die Nutzung meiner Daten für medizinische Forschung durch die APST freiwillig ist und dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
- Im Fall des Widerrufs meiner Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.
- Meine Daten werden bei Widerruf meiner Einwilligung unverzüglich gelöscht.
- Diese Einwilligung gilt auch postmortal, sofern sie nicht zu Lebzeiten oder von einem Rechtsnachfolger widerrufen wird.

Kontaktdaten

Mobiltelefon-Nummer /

Telefonnummer

Weitere Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Alternative E-Mail-Adresse

Ort, Datum _____ Unterschrift  _____