

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  _____