Vollmacht zur Anforderung von Folgerezepten

STADT APOTHEKE
Von Herzen helfen.

Apotheker Horst Jakobi e.K.
Freiheitstr. 14
58791 Werdohl

Tel: 02392 - 9130 - 91
Fax: 02392 - 9130 - 93
info@stadt-apotheke-werdohl.de
www.stadt-apotheke-werdohl.de

Patientendaten:
Name: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____

Behandelnder Arzt:
Name: _____
Praxisanschrift: _____
Telefonnummer: _____

Bevollmächtigte Apotheke:
Stadt-Apotheke, Apotheker Horst Jakobi e.K.
Freiheitstr. 14, 58791 Werdohl

Gegenstand der Vollmacht:
Hiermit bevollmächtige ich die oben genannte Apotheke, in meinem Namen Folgerezepte für die nachstehend aufgeführten Medikamente bei meinem behandelnden Arzt anzufordern und diese für mich entgegenzunehmen.

Medikamente:
(Angabe der regelmäßig benötigten Medikamente und Dosierungen)
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Ich versichere, dass ich den Arzt von dieser Bevollmächtigung in Kenntnis gesetzt habe und dieser der Rezeptanforderung durch die Apotheke zustimmt.

Dauer der Vollmacht:
Die Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Ein Widerruf ist jederzeit schriftlich oder persönlich in der Apotheke möglich.

Datenschutz:
Die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (einschließlich Gesundheitsdaten) erfolgt gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dient ausschließlich dem Zweck der Rezeptanforderung. Meine Daten werden vertraulich behandelt und nicht an unbeteiligte Dritte weitergegeben.
Zweck der Datenverarbeitung: Die Daten werden ausschließlich zur Anforderung und Bereitstellung von Folgerezepten genutzt.
Speicherdauer: Die Daten werden nur solange gespeichert, wie es für die Durchführung des Dienstes erforderlich ist. Nach Widerruf der Vollmacht oder nach gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen werden sie gelöscht.
Widerrufsrecht: Ich kann meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit schriftlich oder persönlich in der Apotheke widerrufen.
Kontakt zur Apotheke: Bei Fragen zur Verarbeitung meiner Daten kann ich mich an die Apotheke wenden.

Einverständniserklärung:
Ich bin mit der oben genannten Vorgehensweise einverstanden und erteile der Apotheke hiermit die Vollmacht zur Anforderung meiner Folgerezepte.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Patienten