

# ABTRETUNGS,- UND DATENSCHUTZERKLÄRUNG

(Die grauen Felder **müssen** vollständig ausgefüllt sein)

Hiermit beauftrage ich

Versicherungsnehmer:	Versicherte Person (wenn unterschiedlich)
Name, Vorname	Name, Vorname
Straße	Straße
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Tel: (für Rückfragen)	Vers.nr.:

die Praxis:

Name: Dr. med. Monika Helbig	Ort: Ben-Gurion-Ring 56, 60437 Frankfurt am Main
------------------------------	--

meine Rezepte bei der **Bahnhof-Apotheke Aktiv-Apotheken-OHG**, Eichkopffallee 55 a, 65835 Liederbach, einzulösen, die die Arzneimittel wiederum direkt an die Arztpraxis liefern soll.

Diese Abtretung soll die direkte Abrechnung der von mir benötigten Medikamente und Impfstoffe zwischen der Apotheke und mir ermöglichen. Über das Recht der freien Apothekenwahl wurde ich aufgeklärt und wünsche explizit die Belieferung des Arzneimittels durch die Bahnhof Apotheke.

Datum und Unterschrift des Versicherungsnehmers

## Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten

Ich bin damit einverstanden, dass die Bahnhof-Apotheke Aktiv-Apotheken-OHG in Liederbach meine personenbezogenen Daten ärztlicher Verordnungen zur Abrechnung speichert. Die Daten dürfen nicht an dritte Personen weitergegeben werden, und sind auf Aufforderung unverzüglich zu löschen.

Datum und Unterschrift des Versicherungsnehmers