

Bewohner:

Name: _____ Vorname: _____

Hiermit erteile ich dem

**DRK Seniorenzentrum Henry
Dunant gGmbH**

Kahlenbergsweg 13

59581 Warstein

den Auftrag, folgende Leistungen hinsichtlich der Versorgung mit den ärztlich verordneten Medikamenten im Rahmen der Regelleistungen (ohne Berechnung zusätzlicher Gebühren) zu übernehmen:

- Beschaffung der Medikamente
- Aufbewahrung der Medikamente
- Richten der Einzel-, Tagesdosis
- Verabreichung der Medikamente

Der Heimträger ist berechtigt, die Medikamente in der von ihm gewählten Apotheke zu beschaffen.

Der Heimbeirat hat der Auswahl der Apotheke, die mit der Einrichtung kooperiert, zugestimmt. Dieser Auftrag gilt bis auf Widerruf.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Apotheke die nicht kassenpflichtigen Leistungen sowie die Kosten im Rahmen der Zuzahlungspflicht für Medikamente mit mir oder einer von mir benannten Person direkt abrechnet.

Die Rechnungsstellung richten sie bitte an folgende Adresse.

Der Datenweitergabe an die Apotheke wird zugestimmt.

Ort, Datum_____
Unterschrift des Bewohners/Betreuers