

PharmaCare® - REZEPTSERVICE

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

seit einiger Zeit kennen Sie bereits die automatische PharmaCare®-Rezeptanforderung. Mit dieser informieren wir Sie regelmäßig vorab darüber, dass Ihre Verordnung demnächst ausläuft und wir ein neues Rezept von Ihnen benötigen. Sie kontaktieren lediglich Ihre Praxis, damit das dortige Team das Rezept ausstellt und an die PharmaCare® GmbH weiterleitet.

Ab sofort bieten wir Ihnen diesbezüglich einen neuen Service an, der diesen Vorgang für Sie enorm vereinfacht: **Mit unserem PharmaCare®-Rezeptservice übernehmen wir gerne die Beschaffung des Rezeptes von Ihrer Praxis für Sie!**

Dazu benötigen wir aus Gründen des Datenschutzes zunächst Ihre schriftliche Einwilligung (siehe beigefügtes Formular). Dieses können Sie uns auf dem Postweg oder per WhatsApp, Threema, E-Mail bzw. Fax zukommen lassen. Wir setzen uns dann direkt mit dem Praxis-Team in Verbindung, damit dieses ein entsprechend neues Rezept ausstellt.

Die Beschaffung Ihres Rezeptes erfolgt vollständig über uns. Sie legen lediglich einmal im Quartal Ihre Versichertenkarte in der Praxis vor, damit das Rezept ausgestellt werden kann. Am besten teilen Sie dort vorab mit, dass PharmaCare® künftig Ihr Rezept in der Praxis anfordern wird, um Ihre Versorgung sicherzustellen.

Für Sie entstehen keinerlei Kosten, wenn Sie unseren Service nutzen und Sie können zudem Ihre Einwilligung jederzeit und unkompliziert widerrufen.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie uns gerne kostenfrei zu unseren Geschäftszeiten kontaktieren.

Freundliche Grüße

Ihr PharmaCare®-Team

Einwilligung zum PharmaCare®-Rezeptservice

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Kundennummer: VS _____

Name, Vorname: _____

Straße, Hs.Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Praxisname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Hilfs-/Verbandmittel: _____

Startdatum: ☐ ab sofort ☐ ab: _____

Mit diesem Schreiben bevollmächtige ich das Unternehmen PharmaCare® GmbH, Raiffeisenalle 16, 82041 Oberhaching (Bevollmächtigte), ab dem von mir bestimmten Startdatum in der oben genannten Praxis Rezepte für die von mir genannten Hilfs- bzw. Verbandsmittel anzufordern.

Sollte sich mein persönlicher Hilfs-/ Verbandsmittelbedarf ändern, teile ich dies der Bevollmächtigten selbstverständlich und rechtzeitig mit.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die genannten Rezepte – bis auf Widerruf – im Original und per Fax an die Bevollmächtigte gesendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller