

Meldung einer Rezeptfälschung



Name der Apotheke:

Anschrift der Apotheke:
(einschließlich E-Mail-Adresse)

Verordnete Arzneimittel (wörtliche Wiedergabe, einschließlich Wirkstärke, Dosierungsangaben):

Weitere Hinweise (Auffälligkeiten des Rezepts, Fälschungsmerkmale, Personenbeschreibung):

Daten zur verordnenden Person:
(Name, Praxis, Anschrift)

Die Übermittlung der Patientendaten ist datenschutzrechtlich nicht zulässig. Die Übermittlung der Daten der **verordnenden Person** ist nur möglich, wenn diese in die Verarbeitung ihrer Daten zum Zwecke der Weitergabe der Information an weitere Apotheken **eingewilligt** hat. Das Muster auf der folgenden Seite kann hierfür verwandt werden.

Ein Rundspruch erfolgt nur bei vollständig ausgefülltem und unterschriebenem Formblatt.

Ich bestätige, dass die verordnende ärztliche Person in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten zum Zwecke der Weitergabe an weitere Apotheken in Mecklenburg-Vorpommern durch die Apothekerkammer M-V eingewilligt hat.

Ort, Datum

Unterschrift

[Digitale Formulare: 1. Füllen Sie die **Felder** aus. **2.** Fügen Sie Ihre **Unterschrift** hinzu: Im kostenlosen Programm Acrobat Reader wählen Sie den Menüpunkt „Signieren“. Mit der Schaltfläche „Signatur hinzufügen“ können Sie eine Unterschrift (in Textform, gezeichnet oder als Bilddatei) dem Dokument anfügen. **3.** Speichern Sie zum Ende die Datei mit neuem Dateinamen ab und übermitteln diese an uns.]

Meldung (nur Seite 1) an die: Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern

Ausschließlich digital als Email an info@akmv.de

Muster zur Schweigepflichtentbindung

Zum Verbleib in der Apotheke

Hiermit willige ich

Name des Arztes/ der Ärztin

Adresse / Arztstempel

darin ein, dass der Apotheker/ die Apothekerin

Name

Adresse /Stempel der Apotheke

das in der Apotheke am

vorgelegte ver- bzw. gefälschte Rezept, bei welchem meine Daten verwendet wurden, der Apothekerkammer M-V übermittelt zum Zwecke der Weiterleitung an alle Apotheken in Mecklenburg-Vorpommern mittels Rundbrief, um diese vor der Rezeptfälschung zu warnen.

Ort, Datum

Unterschrift