

RECEPTTJÄNSTENS FULLMAKT

Bilaga till avtal som gäller apotekets avtalskunder (dos-dispenserings-, konto- eller andra motsvande avtalskunder)

Fullmakt att förnya och makulera recept samt kontrollera uppgifter i Receptcentret.

Kundens förnamn och efternamn _____

Kundens personbeteckning _____

Jag befullmäktigar följande tillhandahållare av social- eller hälsovårdstjänster eller ombud att sköta ärenden på mina vägnar på apoteket.

Tillhandahållare av social- eller hälsovårdstjänster (namn och kontaktuppgifter) **eller** ombud (namn och kontaktuppgifter) som sköter mina ärenden:

Min fullmakt gäller ärenden som sköts på följande apotek:

(apotekets namn, adress och telefonnummer)

Ärenden får skötas på mina vägnar i följande situationer:

Receptförnyelse

På begäran av den som sköter mina ärenden får apoteket be att social- och hälsovården förnyar mina recept. Apoteket får vid behov ta del av mina uppgifter i Receptcentret.

Kontroll av att läkemedelsbehandlingen är säker

Apoteket kan vid behov titta på mina uppgifter i Receptcentret för att försäkra sig om att läkemedelsbehandlingen är säker (den samlade medicineringen och skadliga interaktioner).

Makulering av recept

Den som sköter mina ärenden får begära att receptet makuleras på apoteket, om medicineringen kontrolleras och kontrollen ger vid handen att receptet inte längre behövs.

Sammanställning av recept

Den tillhandahållare av social- eller hälsovårdstjänster eller det ombud som sköter mina ärenden på apoteket får ges en sammanställning över de recept som finns sparade i Receptcentret.

RECEPTJÄNSTENS FULLMAKT

Bilaga till avtal som gäller apotekets avtalskunder (dos-dispenserings-, konto- eller andra motsvande avtalskunder)

Fullmakten gäller tills vidare från och med dagen för undertecknandet, dock högst till dess avtalet om skötsel av ärenden på mina vägnar går ut. Jag är medveten om att jag kan återkalla fullmakten genom ett att lämna ett skriftligt meddelande till apoteket. Jag är medveten om att uppgifterna i denna avtalsbilaga sparas i apotekets kundsystem.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande
av den som gett fullmakten

(kunden eller dennes lagliga företrädare)

Telefonnummer till den som gett
fullmakten

Arkivering av blanketten och förvaringstid

Det apotek som fullmakten gäller ska förvara och arkivera det av kunden undertecknade fullmaktsdokumentet för FPAs räkning.

Den av kunden undertecknade fullmaktsblanketten ska förvaras 12 år efter att den upphört att gälla. Efter att arkiveringsskyldigheten upphört ska fullmaktsblanketterna utplånas på behörigt sätt.