

Rezeptbegleitbogen Lamira® Nebuliser System

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

vielen Dank für Ihr Vertrauen in das Hilfsmittel Lamira® Nebuliser System. Die Firma INQUA GmbH ist exklusiver Vertriebspartner für das Inhalationssystem in Deutschland. Füllen Sie bitte den Rezeptbegleitbogen **und** das Rezept sorgfältig aus und faxen Sie uns die Unterlagen im Auftrag des Patienten vorab zu. Aufgrund der Dringlichkeit nehmen wir umgehend mit Ihrem Patienten telefonischen Kontakt auf und klären die Auslieferung des Hilfsmittels. Hierzu ist eine Telefonnummer zwingend erforderlich, da sich sonst die Zustellung des Medizinprodukts verzögert.

Beachten Sie folgende Hinweise:

- Sollten Sie Fragen an INQUA haben, so erreichen Sie uns unter der Rufnummer 08152 - 99 34 0.
- **Die/Der gesetzlich Versicherte** muss für das Hilfsmittel einen maximalen Betrag von 10,- EURO inkl. MwSt. nur dann zahlen, wenn sie/er älter als 18 Jahre ist und **keine Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung** vorliegt.
- **Die/Der privat Versicherte** erhält das Inhalationsgerät auf Rechnung. Sollten Bedenken zur Kostenübernahme durch den Kostenträger bestehen, so muss **vorab** Rücksprache mit dem privaten Kostenträger gehalten werden.

Ihr INQUA Serviceteam

<p>1. Schritt</p>	<p>Formal richtig ausgefülltes Rezept für das Hilfsmittel Lamira® Nebuliser System:</p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 1; background-color: #f0f0f0; padding: 10px; border: 1px solid #ccc;"> <p>Eintragungen auf dem Rezept:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kreuzen Sie immer das Feld Nr. 7 an • 4 Pflichtangaben zum Hilfsmittel <p>- 1 x Lamira Nebuliser System, Art.-Nr. 678G2040 - HM-Nr.: 14.24.01.2012 - „Diagnose“ nicht vergessen! - „Zwingend erforderlich zur Inhalation von Arikayce® liposomal“</p> </div> </div>				
<p>2. Schritt</p>	<p>Patientendaten zum Abklären der Geräteübergabe</p> <p>Vorname, Name _____</p> <p>Tel. (Festnetz/ mobil): _____</p> <p>E-Mail: _____</p> <p>Gesetzl. Zuzahlung? <input type="checkbox"/> befreit. <input type="checkbox"/> nicht befreit.</p>				
<p>3. Schritt</p>	<p>Bitte die Seite 2 ausfüllen und vom Patienten unterschreiben lassen. Teilnahme am Patienten-Support-Programm (PSP).</p>				
<p>4. Schritt</p>	<p>Weiterleiten von Rezept und Rezeptbegleitbogen vorab per Fax oder per E-Mail an INQUA:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">per Fax:</td> <td>08152 – 99 34 20</td> </tr> <tr> <td>Alternativ per E-Mail:</td> <td>rezept@inqua.de</td> </tr> </table>	per Fax:	08152 – 99 34 20	Alternativ per E-Mail:	rezept@inqua.de
per Fax:	08152 – 99 34 20				
Alternativ per E-Mail:	rezept@inqua.de				
<p>5. Schritt</p>	<p>Geben Sie den ausgefüllten Rezeptbegleitbogen (2 Seiten) und das Originalrezept dem Patienten mit.</p>				

Datenschutzinformationen/-Einwilligung

Name des Patienten: _____

Adresse des Patienten: _____

Ja, ich bin darüber aufgeklärt worden und **willige ein**, dass mein **Name**, meine **Kontaktdaten** (Telefon/E-Mail) und eine **Ablichtung** der für mich bestimmten **Verordnung** eines Lamira Inhalationsgeräts („**Lamira-Daten**“) mit meinem Einverständnis wie folgt genutzt werden:

Meine Lamira-Daten werden durch die INQUA GmbH als exklusivem Vertreiber des Lamira Inhalationsgeräts in Deutschland verarbeitet, damit die **Bereitstellung des Inhalationsgeräts** möglichst zeitnah und unkompliziert erfolgen kann.

INQUA wird diese Daten lediglich für die Abwicklung der Verordnung (insbesondere Geräteauslieferung, Geräteeinweisung, Abrechnung) speichern und nutzen und spätestens löschen, wenn (i) der Zweck der Datenverarbeitung entfallen ist oder sie Ihre Einwilligung widerrufen haben oder die Geschäftsbeziehung beendet ist; und (ii) die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren abgelaufen ist.

- Ich nehme zusätzlich das „Patienten-Support-Programm“ der Firma Insmed in Deutschland in Anspruch, welches auch eine detaillierte Geräteeinweisung beinhaltet. Ich willige daher ein, dass INQUA die Firma Inizio Engage/Ashfield Medical Dialogue Centre GmbH, Harrlachweg 11, 68163 Mannheim („Inizio Engage/Ashfield“), die das „Patienten-Support-Programm“ der Firma Insmed in Deutschland durchführt, unter Angabe meines Namens über den Versand des Inhalationsgeräts an mich informiert. Die Firma Inizio Engage/Ashfield wird die Daten nutzen, um mich anschließend zu kontaktieren und alles Weitere mit mir zu besprechen.
- Ich nehme **nicht** am „Patienten-Support-Programm“ der Firma Insmed in Deutschland teil, **möchte** aber eine **zusätzliche Geräteeinweisung** durch die Firma Inizio Engage/Ashfield erhalten. **Ich willige daher ein**, dass INQUA die Firma Inizio Engage/Ashfield unter Angabe meiner Lamira-Daten über den Versand des Inhalationsgeräts an mich informiert. Die Firma Inizio Engage/Ashfield wird die Daten nutzen, um mit mir einen Termin zu vereinbaren und die Geräteeinweisung durchzuführen.
- Ich nehme **nicht** am „Patienten-Support-Programm“ der Firma Insmed in Deutschland teil und möchte auch **keine Geräteeinweisung** durch die Firma Inizio Engage/Ashfield erhalten. Ich nehme nur die vertraglich vorgesehene Einweisung in das Inhalationsgerät durch den Leistungserbringer INQUA in Anspruch.

Meine Einwilligung zur Verarbeitung und Weitergabe der Lamira-Daten ist **freiwillig** und mir ist bekannt, dass ich folgende Rechte habe:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung
- Recht auf Löschung
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit
- Recht auf Widerspruch
- Recht auf Widerruf von Einwilligungen
- Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Ich bin darüber informiert worden, dass ich unter <https://www.inqua.de/datenschutzerklaerung> alle relevanten Informationen zu meinen Datenschutzrechten, insbesondere für einen Widerspruch, abrufen kann.

Ort, Datum

Patient oder gesetzlicher Vertreter
bei Minderjährigen ab 14 Jahren: Patient und
gesetzlicher Vertreter