**Anmeldung als Pilot-Einrichtung für die Testphase des E-Rezepts**

Hiermit bestätige ich, dass meine Einrichtung an der Testphase des E-Rezepts teilnimmt und die Kontaktinformationen an die gematik übermittelt werden dürfen.

**Informationen zur Einrichtung**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einrichtungstyp: o Arztpraxis o Krankenhaus
o Zahnarztpraxis o Apotheke
o EU-Versandapotheke o Telemedizin-Anbieter

**Ansprechpartner in der Einrichtung:**

Anrede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hiermit willige ich ein, dass…

* Kontaktinformationen der Einrichtung und des Ansprechpartners an die gematik weitergegeben werden und zwischen den Teilnehmern der Testphase geteilt werden dürfen, sodass regionale Testregionen (insbesondere nahegelegene Ärzte/Apotheken) aufgebaut werden können.
* Kontaktinformationen der Einrichtung und des Ansprechpartners von der gematik bei Presseanfragen für Interviews weitergegeben werden dürfen.

Der Widerruf der Einwilligung ist jederzeit möglich und wird von uns (dem Hersteller) an die gematik weitergeleitet.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ort, Datum Unterschrift