

Einwilligungserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Daten des Patienten in der Apotheke im Rahmen der Medikationsanalyse



In der unten genannten Apotheke wird meine Medikation hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Für diese Prüfung sowie für die jeweilige Beratung bei der zukünftigen Versorgung mit Arzneimitteln durch die Apotheke werden die unten genannten Daten und ggf. weitere, für die Medikationsanalyse notwendige, Daten zu meiner Person sowie Daten zu meinen Erkrankungen und meiner Arzneimitteltherapie erfasst. Diese Daten können sich beispielsweise aus den von mir für die o. g. Prüfung in die Apotheke gebrachten Arzneimitteln, den Gesprächen mit mir in der Apotheke, Verordnungen oder vorhandenen Arzneimittellisten ergeben. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern.

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten in der Apotheke zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verwendet.

Für die oben ausgeführten Zwecke dürfen die in der Apotheke tätigen Personen, die alle der Schweigepflicht unterliegen, die genannten Daten erheben, verarbeiten und nutzen. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem ausdrücklich zu.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

- Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme ergeben, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker mit meinen behandelnden Ärzten zur Lösung dieser Probleme Kontakt aufnimmt.

(Name, Vorname, Geburtstag des Kunden/Patienten)

(Anschrift des Kunden/Patienten)

(Telefon/E-Mail des Kunden/Patienten)

Ort und Datum

Unterschrift (zutreffendes bitte ankreuzen)
des Kunden/Patienten
des gesetzlichen Vertreters

(Apothekenstempel)