

	Melmsche Hirschapotheke Hauptstr.1 33813 Oerlinghausen
--	--

Einwilligungserklärung zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten für die Teilnahme am Versandhandel mit Arzneimitteln

—
FORMBLATT

Stand der Revision: 1.7.2016

Leitlinie:

Versand der Arzneimittel aus der Apotheke

	Melmsche Hirschapotheke Hauptstr. 1 33813 Oerlinghausen
--	---

Einwilligungserklärung zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten für die Teilnahme am Versandhandel mit Arzneimitteln¹

Ich bin darüber informiert worden, dass die unten genannte Apotheke Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhalten. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck wird die Apotheke im Bogen „Erfassung von Patientendaten im Rahmen des Arzneimittelversandes“ (Anlage) Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung der Arzneimittel und der Inhalt der Beratungsgespräche. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die Daten dürfen dem Personal der Apotheke, das der Schweigepflicht unterliegt, im Rahmen des oben genannten Zweckes mitgeteilt werden. Im übrigen erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte, es sei denn, ich stimme dem ausdrücklich zu. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker/meine Apothekerin mit diesem Kontakt aufnimmt.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche ggf. gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift
(ggf. Vertreter)

Apothekenstempel

¹Diese Erklärung sollte dem zuständigen Beauftragten für Datenschutz der Apotheke, sofern nach den gesetzlichen Bestimmungen zu bestellen, zur Genehmigung vorgelegt werden.