

## PATIENTENDATEN

Ich bin darüber informiert, dass die Apotheke Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhalten.

Ziel ist es, die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen. Dazu wird die Apotheke im Rahmen des Arzneimittelversandes meine u.g. Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zu meinem Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche ggfs. gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine

Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht. Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten, die Angaben zu meinen Medikamenten sowie die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu o.g. Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die Daten dürfen dem Personal der Apotheke, das der Schweigepflicht unterliegt, im Rahmen des o.g. Zweckes mitgeteilt werden.

Sofern eine Rücksprache mit dem von mir angegebenen Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass ein(e) Apotheker(in) der Apotheke mit diesem Kontakt aufnimmt. Eine Weitergabe meiner Daten an Dritte erfolgt nicht, es sei denn, ich stimme dem ausdrücklich zu.

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



Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße, Nummer \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
**Patientenangaben** Geschlecht  m  w geb. am \_\_\_\_\_

### Erkrankungen

Diabetes mellitus  Asthma bronchiale  Herz-Kreislauf-Erkrankungen  Leberinsuffizienz  
 Niereninsuffizienz  Andere, z. B. Allergien \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft / Stillzeit**  Ich bin schwanger  Ich stille

Welche Arzneimittel (Name, Wirkstärke, Dosierung) wenden Sie täglich an? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ich habe noch Fragen und bitte um Rückruf

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_