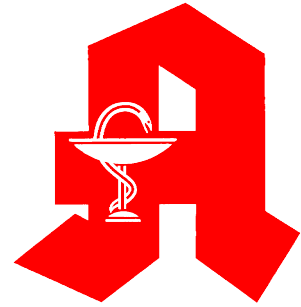


Wagenfeld Apotheke



Kerstin Kämmerer
Wagenfeldstr. 12/14 • 48317 Drensteinfurt
Tel.: 02508/984811 • Fax: 984812
www.wagenfeld-apotheke.de

Einwilligungserklärung zur Speicherung gesundheitsbezogener und arzneimittelbezogener Patientendaten

Ich bin darüber informiert, dass die oben genannte Apotheke Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhaltet. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck wird die Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zum 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 damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten, die dafür notwendig sind, und die daraus gewonnen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Da der Apotheker und sein Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker mit diesem Kontakt aufnimmt.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keinen 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.

Kundennr.....(von Apotheke ausgefüllt)	Geburtsdatum.....
Name.....	Krankenkasse.....
Vorname.....	Versichertennr.....
Strasse.....	Befreit von-bis.....
PLZ/ Ort.....	Hausarzt.....

Datum

Unterschrift
(ggf. gesetzlicher Vertreter)