

**Einwilligungserklärung zur Speicherung und Verarbeitung personen- und gesundheitsbezogener Daten im Rahmen der Beratung und Abgabe von Arzneimitteln/Medizinprodukten und anderen apothekenspezifischen Produkten**

**Dr. Lärer's Sonnen-Apotheke | Almsstr. 36/37 | 31134 Hildesheim | Kontakt: Tel.: 05121/1377-0**

Ich bin darüber informiert, dass die oben genannte Apotheke Leistungen anbietet die die Verbesserung meiner Gesundheit zum Ziel hat. Im Wesentlichen werden dabei berücksichtigt: die Arzneimitteltherapiesicherheit, die persönliche Beratung im Rahmen der Medikation, die ergänzende und vorbeugende persönliche Gesundheitsberatung und die in diesem Rahmen ableitbare Abgabe von Produkten und Arzneimitteln. Zu diesem Zwecke wird die Apotheke zu meiner Person, Medikation und Gesundheit Daten erfassen und speichern. Hierzu gehören neben den allgemeinen persönlichen Angaben wie z.B. Vor-/Zuname, Adresse, Geburtsdatum, Krankenversicherung und behandelnde Ärzte, auch Daten zum Gesundheitszustand, zu verordneten und frei verkäuflichen Produkten/Arzneimitteln, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es der Apotheke, mich optimal zu beraten, mögliche Probleme aufzudecken und mich bei der Arzneimittelanwendung, der Therapiesicherheit und dem Gesundheitserhalt zu unterstützen. Diese individuelle Einwilligungserklärung kann u.a. zu folgenden Vorhaben Anwendung finden:

**Speicherung und Archivierung der vorgenannten Daten und Informationen zum Zwecke:**

- der Anlage u. Ausgabe einer Kundenkarte
- des Führens einer Patientendatei
- von Medikationsanalysen
- der Nachweise bei Beratungen
- der Nachweise bei Blutwertmessungen
- der Nachweise bei Blutdruck- u. Pulsmessung
- der Weitergabe an Dritte zur fachlichen Klärung von Verordnungen
- der Erstellung eines Nachweisbeleges für den Kunden zur Vorlage bei Behörden oder Kassen
- der Ausführung von Korrekturen von Rezeptabrechnungsfehlern
- der Durchführung etwaiger Sonderbestellungen, wie Augenpflaster, Hyposensibilisierung, Kompressionsware etc.
- der notwendigen Rücksprache mit dem Verordner
- der Vorbestellungen von Arzneimitteln/Produkten
- der Belieferung von Heimbewohnern, Pflegediensten und Arztpraxen
- der Hilfs- und Heilmittelbelieferung incl. Genehmigungen
- des Stellens/Blisterns von Arzneimitteln
- des Versands von Arzneimitteln/Produkten

Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalte und selbst entscheiden kann, welche Daten ggf. gelöscht, bzw. aktualisiert werden sollen. Soweit gesetzliche und behördliche Vorschriften keine anderen Aufbewahrungsfristen vorsehen, werden meine Daten im Rahmen dieser Erklärung zehn Jahre nach der letzten Aktualisierung von der Apotheke fachgerecht vernichtet und digitale Daten unwiderruflich gelöscht. Die gesetzlich vorgeschriebenen Nachweisdokumentationen bleiben hiervon unberührt. **Eine Datenschutzerklärung ist in der Apotheke öffentlich einsehbar.**

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse (Nachweisdokumentation) in der Apotheke gespeichert, archiviert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet, genutzt und an Dritte weitergegeben werden. Dritte in diesem Sinne sind Akteure, die im Rahmen einer Belieferung mit Arzneimittel/Produkten eingeschaltet werden können (z. B. Hersteller vom Hilfsmittel, Clearingstellen, Pflegedienste u. Ä.). Die Daten sind dem Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, im Rahmen des oben genannten Zweckes zugänglich. Sofern Rücksprache mit dem von mir angegebenen Verordner (Arzt/Ärztin) bezüglich einer Verordnung, Arzneimitteltherapie, Arzneimittelinteraktion oder ähnlichem notwendig wird, bin ich damit einverstanden, dass das Apothekenpersonal mit diesem Kontakt aufnimmt.

Eine andere Weitergabe meiner durch die Apotheke erfassten Daten erfolgt nicht, es sei denn, ich stimme dieser ausdrücklich zu.

Ich bin zudem damit einverstanden, dass im Falle einer Nachfolgeregelung (Übernahme der Apotheke/Inhaberwechsel) meine vorgenannten Daten durch den neuen/ die neue Inhaber/in übernommen werden. Eine Erneuerung dieser Einwilligungserklärung ist in diesem Falle nicht notwendig.

**Einwilligungserklärung zur Speicherung und Verarbeitung personen- und gesundheitsbezogener Daten im Rahmen der Beratung und Abgabe von Arzneimitteln/Medizinprodukten und anderen apothekenspezifischen Produkten**

Dr. Läger's Sonnen-Apotheke | Almsstr. 36/37 | 31134 Hildesheim | Kontakt: Tel.: 05121/1377-0

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen und in Teilen widerrufen werden. Bei Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine Daten unverzüglich zu löschen oder zu sperren. Die behördlich und gesetzlich vorgeschriebenen Nachweisdokumentationen und Archivierungsfristen bleiben hiervon unberührt.

Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an den Verantwortlichen [Dr. Hansjörg Läger, Almsstr.36/37, Tel. 05121/13770] und vertraulich an den Datenschutzbeauftragten [Dieter Krause, Krause Sicherheitstechnik & Datenschutz UG, Alter Weg 25, 58091 Hagen, Tel: 02337 911778, dieter.krause@dk-buero.de] wenden.

**Meine Daten**

Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

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

Kinder\*: \_\_\_\_\_ *(wenn jünger als 16 Jahre)*

Telefon: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr: \_\_\_\_\_

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

- \*Die von mir über die Apotheke bezogenen Arzneimittel und Produkte sind sowohl für mich, wie aber auch für meine Familienmitglieder bestimmt. Somit kann es sein, dass zu meinen personenbezogenen Daten Arzneimittel- und Produktinformationen gespeichert werden, die keine eindeutige gesundheitsbezogene Aussage zu meiner Person zulassen.
- Ich möchte regelmäßig über Angebote und Aktionen der Apotheke informiert werden
- Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke mir Gutscheine und Grußkarten zu Geburtstagen, Feiertagen und anderen besonderen Anlässen zuschickt.

Hildesheim, den \_\_\_\_\_

Ort , Datum, Unterschrift

Kunde  ges. Vertreter/Betreuer

Apothekenstempel / Unterschrift

Kundennummer: \_\_\_\_\_, angenommen am: \_\_\_\_\_

## Die Vorteile Ihrer Kundenkarte

### ✓ Übersicht

über Ihre geleisteten Zuzahlungen im Kalenderjahr

### ✓ Hilfe

sich zu erinnern, was beim letzten Mal so gut geholfen hat

### ✓ Dokumentation

durch Ausdrucke Ihrer Medikamentenkäufe für Krankenkasse und Finanzamt

### ✓ Sicherheit

für die Verträglichkeit und Wechselwirkungen Ihrer Arzneimittel

### ✓ Bonuspunkte

sammeln und Rabatte sichern



### Notfallausweis

Name, Vorname:

geb. am:

Blutgruppe  Blutverdünnung  Organspender

Allergien: \_\_\_\_\_

wichtige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Diabetes

Bluthochdruck



Almsstr. 36/37 • 31134 HI • Tel: 13770 • info@sonnenapo-hildesheim.de