

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

**Führen einer Patientendatei (Kundenkarte)**

<b>Apotheke</b>	Brunnen-Apotheke
<b>Inhaberin</b>	Katharina Anderle
<b>Adresse</b>	Bornaische Straße 18, 04277 Leipzig
<b>Telefon, Fax, E- Mail</b>	0341- 3029564, 0341-3029565, post@brunnenapotheke-leipzig.de

<b>Kundennummer:</b>	
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Straße:</b>	<b>PLZ, Ort:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>E- Mail:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Krankenkasse:</b>	<b>Befreiung:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja- gültig bis:
<b>Hausarzt:</b>	<b>Gesetzlicher Vertreter:</b>

In der Brunnen- Apotheke wird für mich eine elektronische Patientendatei geführt. Dazu werden die oben genannten Daten sowie Daten zu meinen Erkrankungen, meinen behandelnden Ärzten und meiner Arzneimitteltherapie, die sich aus vorgelegten Verordnungen oder OTC-Verkäufen ergeben, sowie ggf. Informationen über die Befreiung von der Zuzahlung erfasst. Meine Daten werden hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z.B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Zudem dient die Kundenkarte dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen.

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Patientendaten sind auf die genannten Zwecke begrenzt. Darüber hinaus werden die Daten noch für weitere Zwecke, wie z. B. das Versenden von Geburtstags- oder Weihnachtskarten, Zusenden von Werbung oder Newslettern, verwendet. Das Recht, die Einwilligung für die Zukunft zu widerrufen, steht mir uneingeschränkt zu.

Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Arzneimitteln ergeben, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker mit meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme Kontakt aufnimmt und ihn über diese anderweitige Medikation unterrichtet. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch meinen Arzt/Zahnarzt von der Schweigepflicht.

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.

**Leipzig,**

---

**Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)**