

Einwilligungserklärung

unter Beachtung der DS-GVO zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten des Patienten in der Apotheke zur Versorgung der Bewohner von Heimen.

Ich nehme an der Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch die **Lohberg Apotheke, Rhönstraße 18, 63667 Nidda / Ober-Schmitten** teil und habe dies zuvor gegenüber dem Heim bestätigt. In diesem Zusammenhang wird meine Medikation hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, z. B. auf Wechselwirkungen und Nebenwirkungen, geprüft. Für diese Prüfung sowie für die zukünftige Versorgung mit Arzneimitteln und anderen apothekenüblichen Waren werden die unten genannten Daten und ggf. weitere, für die Versorgung notwendige, Daten zu meiner Person und gesundheitsbezogene Daten zu meinen Erkrankungen und meiner Arzneimitteltherapie erfasst. Diese Daten können sich beispielsweise aus den Gesprächen mit mir im Heim, aus Verordnungen oder einem vorhandenen Medikationsplan ergeben. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grund des Vertrags über die Heimversorgung. Ziel ist es, Arzneimittelrisiken zu verringern.

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.

Für den Fall, dass sich Fragen zur Arzneimitteltherapie ergeben, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker Kontakt mit dem zuständigen Ansprechpartner des Heims oder seine Vertretung, wie z. B. der Pflegekraft, aufnimmt. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch den Ansprechpartner im Heim bzw. seine Vertretung von der Schweigepflicht.

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

o für alle meine behandelnden Ärzte

Anderen Personen oder Institutionen werden die Daten nicht weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

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 oder in Textform (E-Mail) ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich habe die Datenschutzerklärung, in der ich über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung informiert wurde, zur Kenntnis genommen. Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an den Verantwortlichen

Lohberg Apotheke
Dr. Andrea Kurz
Rhönstraße 18
63667 Nidda / Ober-Schmitten
Tel.: 06043 3100
E-Mail: lohbergapo-nidda@t-online.de

und vertraulich an den Datenschutzbeauftragten

Lohberg Apotheke
Nadine Frank
Rhönstraße 18
63667 Nidda / Ober-Schmitten
Tel.: 06043 3100
E-Mail: Datenschutz@lohberg-apotheke-nidda.de

wenden.

Angaben zum Patienten / Bewohner

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift

Wohnbereich: Zimmer Nr.:

Ort,

Datum,

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)