

Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung

FORMBLATT

- **Muster für eine Einwilligungserklärung unter Beachtung der DS-GVO zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten des Patienten in der Apotheke im Rahmen der Heimversorgung**

Stand der Revision: 09.05.2018

Empfehlungen:

Versorgung der Bewohner von Heimen

Hinweise für die Verwendung:

Bitte beachten Sie, dass es sich um ein nach bestem Wissen gefertigtes Muster handelt, das noch auf jede Apotheke individuell angepasst werden muss. Eine Übernahme der Haftung oder sonstige Gewährleistung für die Richtigkeit und Vollständigkeit wird nicht übernommen.

Sofern die Einwilligungserklärung für die Speicherung bzw. den Zugriff in allen Filialen vorgesehen ist, weisen Sie bitte in diesem Formular daraufhin. Bitte fügen Sie noch die Kontaktdaten des Betriebserlaubnisinhabers ein.

Sofern Sie einen Datenschutzbeauftragten haben, legen Sie ihm diese Erklärung zur Prüfung vor und tragen seine Kontaktdaten ein.

Bitte beachten Sie, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten auf den unten genannten Zweck begrenzt ist, wenn Sie die Zweckbestimmung nicht erweitern.

MUSTER

**Muster für eine Einwilligungserklärung unter Beachtung der DS-GVO
zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten des Patienten
in der Apotheke**

Versorgung der Bewohner von Heimen

Die Apotheke [Name] versorgt mich mit Arzneimitteln und anderen apothekenüblichen Waren. In diesem Zusammenhang wird meine Medikation hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. 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.

Ansprechpartner im Heim

Telefon

■ **Arbeitshilfe zur Qualitätssicherung**

Versorgung der Bewohner von Heimen

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.

Name des behandelnden Arztes/Zahnarztes
Anschrift
Telefon

Name des behandelnden Arztes/Zahnarztes
Anschrift
Telefon

Name des behandelnden Arztes/Zahnarztes
Anschrift
Telefon

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 [*Betriebserlaubnisinhaber mit Kontaktdaten*] und vertraulich an den Datenschutzbeauftragten [*Kontaktdaten*] wenden.

Angaben zum Patienten

Name	Anschrift
Geburtsdatum	Telefon*
E-Mail*	
Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)	

*freiwillige Angaben

Apothekenstempel