

Einwilligungserklärung zu einer Medikationsüberprüfung und Entbindung von der Schweigepflicht

Patientendaten

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Stempel der Apotheke

Bei der regelmäßigen Einnahme von verschiedenen Medikamenten können neben den gewünschten Effekten auch Schwierigkeiten auftreten. Gemeinsam mit Ihnen überprüfen wir wunschgemäß Ihre gesamte Medikation und suchen nach Verbesserungsmöglichkeiten.

Für eine umfassende Medikationsüberprüfung kann es erforderlich sein, dass die Apotheke Einsicht in medizinische Daten nimmt. Diese Einsichtnahme ist nach derzeitiger Rechtslage nur mit Ihrer Einwilligung möglich. Wir bitten Sie daher einzuwilligen, dass Mitarbeiter/innen der Apotheke zum Zwecke der Medikationsüberprüfung vorhandene Unterlagen der unten angekreuzten Institutionen über meine Person einsehen dürfen oder Angaben hieraus durch Rücksprache erhalten.

Ich stimme hiermit zu, dass Informationen, die während der Überprüfung aufgefallen sind, von Mitarbeitern/innen der Apotheke mit folgenden Personen besprochen werden dürfen:

- mit meinem Hausarzt, um meine Medikamenteneinnahme zu optimieren
- mit meinem Facharzt, um meine Medikamenteneinnahme zu optimieren
- mit meinem Pflegedienst, um meine Medikamenteneinnahme zu optimieren
- mit meinem Physiotherapeuten/meiner Physiotherapeutin, wenn für die Physiotherapie wichtige Informationen vorliegen

Mit ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Ort

Unterschrift

Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zum Gesundheitszustand und die Angaben zu meinen Arzneimitteln und sonstigen Einkäufen sowie die Inhalte der Beratungsgespräche und die daraus gewonnenen Kenntnisse über z. B. Verträglichkeiten, Haupt- und Nebenwirkungen usw. in Papierform sowie elektronisch auf Datenträgern gespeichert werden.

Mir wurde bestätigt, dass es bei der Datenspeicherung beschäftigten Personen untersagt ist, meine Daten an Dritte weiterzuleiten oder zugänglich zu machen und dass diese Personen auf das Datengeheimnis verpflichtet sind.

Auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin bekomme ich Auskunft und kostenfrei einen Ausdruck all meiner persönlichen Daten.

Ferner habe ich das Recht auf Löschung meiner persönlichen Daten, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (z. B. Betäubungsmittelgesetz, Transfusionsmittelgesetz) dagegen sprechen. Sollte dies der Fall sein, werden meine Daten für eine weitere Nutzung gesperrt und nach der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gelöscht.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiere diese durch meine Unterschrift.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Datum, Ort

Unterschrift