

## Einwilligungserklärung

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

#### Medikationsanalyse

In der unten genannten Apotheke wird meine Medikation hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Für diese Prüfung sowie für die jeweilige Beratung bei der zukünftigen Versorgung mit Arzneimitteln durch die Apotheke werden die unten genannten Daten und ggf. weitere für die Medikationsanalyse notwendige Daten zu meiner Person sowie Daten zu meinen Erkrankungen und meiner Arzneimitteltherapie erfasst. Diese Daten können sich beispielsweise aus den von mir für die o. g. Prüfung in die Apotheke gebrachten Arzneimitteln, den Gesprächen mit mir in der Apotheke, Verordnungen oder vorhandenen Arzneimittellisten ergeben. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und 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.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt verordneten Arzneimitteln ergeben, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker mit meinem behandelnden Arzt 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 von der Schweigepflicht.

Sofern für die Prüfung meiner Medikation in der Apotheke die Inanspruchnahme der regionalen Hotline zur Bewertung der Medikationsanalyse notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass die erhobenen Daten anonymisiert von der Apotheke über die Geschäftsstelle der Landesapothekerkammer RLP (LAK RLP) an einen auskunftsgewährenden Apotheker der Hotline (Tutor) weitergeleitet wird. Ich bin ebenso damit einverstanden, dass die anonymisierten Daten bei der LAK RLP für längstens drei Jahre archiviert werden und von der LAK RLP innerhalb dieses Zeitraums in anonymisierter Form veröffentlicht werden können. Ich bin darüber informiert, dass der Apotheker der Hotline (Tutor) nicht zur Speicherung der Daten berechtigt ist.

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.

<b>Name</b> (ggf. gesetzlicher Vertreter)	<b>Anschrift</b>
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Telefon/Email</b>
<hr/> <p style="text-align: center;">Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)</p>	

\_\_\_\_\_

Apothekenstempel