Einwilligungserklärung zur Verarbeitung gesundheitsbezogener Patientendaten sowie Schweigepflichtentbindung zur Durchführung einer Medikationsanalyse

**Patient (Name / Adresse Apotheke (Stempel)**

Ziel der Medikationsanalyse ist es, die Effektivität Ihrer Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Risiken für Sie zu verringern. In der o.g. Apotheke wird Ihre Medikation hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme geprüft. Für diese Prüfung, sowie für die jeweilige Beratung bei der zukünftigen Versorgung, werden für die Medikationsanalyse notwendige Daten zu Ihrer Person, Informationen zu Ihren Erkrankungen und Ihrer Arzneimitteltherapie digital erfasst, verarbeitet, genutzt, analysiert und ggf. an Ihre Ärztin / Ihren Arzt kommuniziert (Zutreffendes bitte unten ankreuzen).

Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal der Apotheke zur Durch-führung einer Medikationsanalyse erhoben, verarbeitet, genutzt und kommuniziert werden. Eine Weitergabe meiner Daten an Dritte (Datenverarbeiter) erfolgt nur, sofern diese im Rahmen einer automatisierten Medika-tionsanalyse zu wissenschaftlichen Zwecken oder Auswertungszwecken erfasst, verarbeitet und genutzt werden. Meine Daten können vom Datenverarbeiter anonymisiert oder pseudonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken genutzt oder an Forschungseinrichtungen weitergegeben werden. Eine darüberhinausgehende werbliche oder kommerzielle Nutzung meiner personenbezogenen Daten ist ausgeschlossen. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche davon ggf. geändert, gelöscht oder übertragen werden sollen. Ich habe das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Es ist mir bewusst, dass meine gesetzlich gewährleistete Arzneimittelgrundver-sorgung von dieser Einwilligungserklärung nicht abhängig ist.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Kunde / Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Erklärung zur Schweigepflicht

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass die o.g. Apotheke (bzw. deren der Schweigepflicht unterliegenden Mit-arbeiter) mit meinen behandelnden Ärzten Kontakt aufnimmt, arzneimittelbezogene Probleme bespricht und ge-meinsam Lösungen findet. Ich entbinde sowohl die Mitarbeiter der Apotheke als auch meine hier genannten Ärzte für diesen Zweck ausdrücklich von der Schweigepflicht.

Namen der betreffenden Ärzte:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Kunde / Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)