

DS F EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG HEIMBEWOHNER



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

Ich bin darüber informiert worden, dass die unten genannte Apotheke Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhalten. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck wird die Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es, mich bzw. das Pflegepersonal und meine behandelnden Ärzte optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

Meine Daten und Angaben zu meinen Arzneimitteln und die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu unten genannten Zwecken verarbeitet und genutzt. Da die Apotheke und ihr Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden, welche ggf. gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig für die unten aufgeführten Punkte und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

- Führen einer Patientenkartei
- Monatliche Abrechnung mit der versorgenden Pflegeeinrichtung
- Kontaktaufnahme mit meinem behandelnden Arzt, wenn dies aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme notwendig ist
- Daten zu Durchführung eines Medikationsmanagements.
Speicherung von Daten zum Gesundheitszustand sowie Allergien und Unverträglichkeiten, speziellen Hinweisen zu Medikationen, Einnahmen etc.
- ständige Prüfung aller verordneten und / oder privat erworbenen Arzneimittel auf Wechselwirkungen untereinander sowie mit meinen gespeicherten Daten
- Daten zur Versorgung von Bewohnern von Heimen inkl. Stellen oder Blistern

DS F EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG HEIMBEWOHNER



- Ich erkläre mich mit der Versorgung mit Medikamenten und monatlicher Rechnungsstellung sowie der Speicherung meiner Daten, wie oben beschrieben, durch die Kloster- Apotheke Haina einverstanden.
- Ich möchte nicht durch die heimversorgende Apotheke versorgt werden und kümmere mich selbst um meine Medikamente

Apotheke	Kloster-Apotheke
Inhaber/in	Peter Niemeyer e.K.
Straße	Poststr. 7
PLZ / Ort	35114 Haina (Kloster)
Telefon	06456 336
Telefax	06456 1079
E-Mail	haina@klosterloewe.de

Pflegeeinrichtung	Seniorenpflegeheim Löhlbacher Hof
Kunde / Name	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Versichertennummer	
Angehöriger / Betreuer	
Telefon	
Angehörige / Betreuer	

Ort, Datum

Unterschrift
(oder gesetzlicher Vertreter)