|  |
| --- |
| **Mustereinwilligungserklärung für Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sowie sonstigen Betreuungseinrichtungen** |

1. Ich,

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

erteile hiermit meine Zustimmung, dass die mir verschriebenen Arzneimittel und sonstigen Apothekenprodukte von der Apotheke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bezogen werden.

2. optional:

Ich beauftrage die Apotheke mit der patientenindividuellen Neuverblisterung dieser Arzneimittel (§ 61 Abs. 1 Z 5 Arzneimittelgesetz, § 11a Abs. 1 Apothekenbetriebsordnung 2005). Soweit die Neuverblisterung nicht von der Apotheke selbst durchgeführt wird, bin ich damit einverstanden, dass die für Neuverblisterung erforderlichen personenbezogenen Daten und meine Medikationsdaten an einen dazu befugten Arzneimittelherstellerbetrieb weitergegeben werden.

3. optional:

Ich beauftrage die Apotheke, die mir verschriebenen Arzneimittel für mich individuell in Dosierhilfen (z.B. Wochendispenser) zu dosieren.

4. Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke meine personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Versicherungsdaten, Adresse) sowie die Daten der von mir bezogenen Arzneimittel (Dosierung, Einnahmezeitpunkt), Medizinprodukte, Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke und Nahrungsergänzungsmittel sowie relevante medizinische Informationen in einer Patientendatei zur Erkennung und Lösung arzneimittel- und gesundheitsbezogener Probleme mit dem Ziel der Optimierung meiner Arzneimitteltherapie verarbeitet und speichert.

5. optional:

Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke, meine zur Durchführung einer Medikationsanalyse bzw. eines Medikationsmanagements erforderlichen personenbezogenen Daten, nämlich ärztliche Befunde, Laborbefunde und Angaben zu sämtlichen eingenommenen Arzneimitteln (Name, Stärke, Darreichungsform), Medizinprodukten, Lebensmitteln für besondere medizinische Zwecke und Nahrungsergänzungsmitteln, verarbeitet und ermächtige das Pflegeheim \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ diese Daten der Apotheke zur Verfügung zu stellen.

6. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftliche Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten fünf Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht. Sämtliche in der Apotheke Beschäftigte unterliegen einer strengen Verschwiegenheitsverpflichtung.

7. Für den Fall einer Übertragung des Apothekenunternehmens stimme ich der Mitübertragung meiner oben angeführten Daten zu.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |
|  |  | (Heimbewohner oder Erwachsenenvertreter) |
|  |
| Apothekenstempel |