



Gesundheitsblatt

Um Sie optimal zu Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittelbezogene und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, bitten wir Sie, uns weitere Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation sowie die beiliegende unterzeichnete Einverständniserklärung zur Verfügung zu stellen. Die Angaben sind freiwillig und werden nur im Rahmen Ihrer Einverständniserklärung in der Apotheke verarbeitet.

Name, Vorname:		
Straße, Haus-Nr.:		
Postleitzahl, Ort:		
Tel.:	Fax:	E-Mail:
Angaben zum Patienten:		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Geburtsjahr:
Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Leberinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	
<input type="checkbox"/> Andere, z.B. Allergien		
Schwangerschaft/Stillzeit:		
<input type="checkbox"/> ich bin schwanger		<input type="checkbox"/> ich stille
Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmäßig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)?: (z.B. ASS 100, 1x1 Tbl.) ¹		
¹ Wir sind gerne bereit, Ihnen bei der Aufstellung Ihrer Arzneimittel zu helfen. Bei Fragen oder Unklarheiten melden wir uns telefonisch bei Ihnen. <input type="checkbox"/> ja, bitte Rückruf		
Datum:	Unterschrift:	



**Einwilligungserklärung zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten
für die Teilnahme am Versandhandel mit Arzneimitteln**

Ich bin darüber informiert, dass die unten genannte Apotheke Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhalten. Ziel ist es, die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen. Dazu wird die Apotheke im Bogen "Erfassung von Patientendaten im Rahmen des Arzneimittelversandes" (Anlage) Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

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

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten, die Angaben zu meinen Medikamenten sowie die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die Daten dürfen dem Personal der Apotheke, das der Schweigepflicht unterliegt, im Rahmen des oben genannten Zweckes mitgeteilt werden.

Sofern eine Rücksprache mit dem von mir angegebenen Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker/meine Apothekerin mit diesem Kontakt aufnimmt. Eine Weitergabe meiner Daten an Dritte erfolgt nicht, es sei denn, ich stimme dem ausdrücklich zu.

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

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift
(gesetzlicher Vertreter)