

Steinburg-Apotheke Am Markt 8 25348 Glückstadt	Elektronische Kundenkarte	Mitgeltende Unterlage Nr. 1 zu QMD-Kapitel: 6.3 Datum: 11.05.2018
--	----------------------------------	--

1. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Die Steinburg-Apotheke wird für mich eine elektronische Patientendatei führen. Dazu werden die unten genannten Daten sowie Daten zu meinen Erkrankungen, meinen behandelnden Ärzten und meiner Arzneimitteltherapie, die sich aus vorgelegten Verordnungen oder OTC-Verkäufen ergeben, sowie gegebenenfalls Informationen über die Befreiung von der Zuzahlung erfasst. Meine Daten werden hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z.B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Zudem dient diese elektronische Kundenkarte dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen (Zuzahlungsbescheinigung).

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Geburtsdatum	
Telefon	Mobiltelefon
Versicherten-Nr (siehe Versichertenkarte)	email-Adresse
Name d. Krankenkasse / Kassen-Nr (siehe Versichertenkarte)	behandelnde(r) Ärztin/Arzt

- 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. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.
- Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme auch aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Arzneimitteln ergeben, wird mich mein Apotheker um mein Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme bitten und ihn über diese anderweitige Medikation unterrichten. Ich bin damit einverstanden, dass mich mein Apotheker diesbezüglich auch telefonisch oder postalisch kontaktieren darf.

Ich willige ausdrücklich ein, dass die Steinburg-Apotheke, Stephan Schmult e.K., Am Markt 8, 25348 Glückstadt meine oben genannten personenbezogenen Daten sowie auch die sich aus der ärztlichen Verordnung ergebenden Gesundheitsdaten, die besonders schutzwürdig sind,

- zum Zwecke der Abrechnung an meine private Krankenversicherung übermittelt.
- zum Zweck der Erstellung von Zuzahlungsquittungen für meine Befreiung von der Zuzahlungspflicht (bei meiner Krankenkasse) erhebt, verarbeitet und speichert und diese Verarbeitung auch über das von der Apotheke beauftragte Apothekenrechenzentrum erfolgen kann.
- zum Zweck der Zusendung von Informationsmaterial und persönlichen Anschreiben erhebt, verarbeitet und nutzt und möchte über Angebote und Aktionen informiert werden.
- Ich möchte weitere Angaben machen (z.B. Wegbeschreibung für die Zustellung durch den Apotheken-Boten). Diese Angaben sind als Anlage Teil dieser datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung.

Steinburg-Apotheke Am Markt 8 25348 Glückstadt	Elektronische Kundenkarte	Mitgeltende Unterlage Nr. 1 zu QMD-Kapitel: 6.3 Datum: 11.05.2018
--	----------------------------------	--

Das **Medikationsmanagement** ist eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen (Arzt/Apotheker/Krankenhaus/Krankenkasse sowie zukünftig gegebenenfalls weitere Beteiligte, die wir im Zuge des Ausbaus dieser Dienstleistung konkret benennen werden) mit dem Ziel, arzneimittel-bezogene Probleme beim Patienten zu vermeiden. Dadurch wird die Therapiesicherheit der Patienten erhöht, und Lebensqualität und Gesundheitszustand der Patienten werden verbessert. Da hierbei patientenindividuelle Gesundheitsparameter berücksichtigt werden sollen, werden sowohl Diagnosen als auch die Arzneimitteltherapie inklusive Dosierungen und wichtige Messwerte (z.B. Blutdruck, Blutzucker etc.), die für die Arzneimittelwirkungen relevant sind, erfasst.

[] Ich bin damit einverstanden, dass zusätzlich zu meinen personenbezogenen Daten auch meine Gesundheitsdaten erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Darüber hinaus willige ich mit meiner Unterschrift ein, dass diese Daten zur Umsetzung des Medikationsmanagements auch an beteiligte Dritte außerhalb der Apotheke weitergegeben werden dürfen (z.B. beteiligte Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser und Krankenkassen).

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 oder in Textform (auch per Email) ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich habe die Datenschutzerklärung, in der ich über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung und dem nationalen Datenschutzrecht informiert wurde, zur Kenntnis genommen.

Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an den Verantwortlichen und vertraulich an die Datenschutzbeauftragte der Steinburg-Apotheke wenden.

Verantwortlicher Stephan Schmult e.K., Steinburg-Apotheke, Am Markt 8, 25348 Glückstadt
Tel: 04124-603290 email: ds.verantwortlicher@apotheke-glueckstadt.de

Datenschutzbeauftragte Claudia von Holdt, Am Markt 8, 25348 Glückstadt
Tel: 04124-603290 email: dsb@apotheke-glueckstadt.de

Datum, Unterschrift Patient(in)

Kürzel Mitarbeiter									
Unterschrift									

Steinburg-Apotheke Am Markt 8 25348 Glückstadt	Elektronische Kundenkarte	Mitgeltende Unterlage Nr. 2 zu QMD-Kapitel: 6.3 Datum: 11.05.2018
--	----------------------------------	--

2. Anlage zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung

von Patient/in : _____

Arzneimittel (z.B. Marcumar-Therapie)
Unverträglichkeiten auf Arzneimittel (z.B. Penicillin-Allergie) oder andere Stoffe (z.B. Lactose, Gluten, etc.)
weitere Informationen (z.B. für Botenanlieferung)

_____ Datum, Unterschrift Patienten(in)

Kürzel Mitarbeiter									
Unterschrift									