

Einwilligungserklärung

Für Bewohner von Alten- u. Pflegeheimen

Ich,

Name:

Geburtsdatum:

Sozialversicherungsnummer:

Anschrift:

Telefon:

erteile hiermit meine Zustimmung, dass die mir verschriebenen Arzneimittel und sonstigen Apothekenprodukte von der **Apotheke Spielberg Magister et Doktor Christoph Mayr e.U.** bezogen werden.

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

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.

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

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

Ort, Datum

Unterschrift  
(Heimbewohner oder  
Erwachsenenvertreter)