



# Wibbelt-Apotheke

Apotheker N. Schröder ( e.Kfm.) Amtsgericht Münster HRA 5873  
Fachapotheker für Offizinpharmazie  
Warendorfer Str. 54 - 59302 Oelde - Tel 02522/2326 + Fax 02522/63672  
E-Net: [www.wibbelt-apotheke.de](http://www.wibbelt-apotheke.de) E- Mail: [info@wibbelt-apotheke.de](mailto:info@wibbelt-apotheke.de)

linda  
Apotheken

## **Einwilligungserklärung zur Speicherung und Verarbeitung personen- und gesundheitsbezogener Daten im Rahmen der Beratung und Abgabe von Arzneimitteln/Medizinprodukten und anderen apothekenspezifischen Produkten**

Ich bin darüber informiert, dass die oben genannte Apotheke Leistungen anbietet die die Verbesserung meiner Gesundheit zum Ziel hat. Im Wesentlichen werden dabei berücksichtigt: die Arzneimitteltherapiesicherheit, die persönliche Beratung im Rahmen der Medikation, die ergänzende und vorbeugende persönliche Gesundheitsberatung und die in diesem Rahmen ableitbare Abgabe von Produkten und Arzneimitteln. Zu diesem Zwecke wird die Apotheke zu meiner Person, Medikation und Gesundheit Daten erfassen und speichern. Hierzu gehören neben den allgemeinen persönlichen Angaben wie z.B. Vor-/Zuname, Adresse, Geburtsdatum, Krankenversicherung und behandelnde Ärzte so wie betreuendes Heim, auch Daten zum Gesundheitszustand, zu verordneten und frei verkäuflichen Produkten/Arzneimitteln, zu Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es der Apotheke, mich optimal zu beraten, mögliche Probleme aufzudecken und mich bei der Arzneimittelanwendung, der Therapiesicherheit und dem Gesundheitserhalt zu unterstützen. Diese individuelle Einwilligungserklärung kann u.a. zu folgenden Vorhaben Anwendung finden: Speicherung und Archivierung der vorgenannten Daten und Informationen zum Zwecke:

- der Anlage u. Ausgabe einer Kundenkarte
- des Führens einer Patientendatei
- von Arzneimittelinteraktionschecks
- der Nachweise bei Beratungen
- der Nachweise bei Blutwertmessungen
- der Nachweise bei Blutdruck- u. Pulsmessung
- der Weitergabe an Dritte zur fachlichen Klärung von Verordnungen
- der Erstellung eines Nachweisbeleges für den Kunden zur Vorlage bei Behörden oder Kassen
- der notwendigen Rücksprache mit dem Verordner
- der Vorbestellungen von Arzneimitteln/Produkten
- der Belieferung von Heimbewohnern
- der Hilfs- und Heilmittelbelieferung
- des Stellens/Blisterns von Arzneimitteln
- der Lieferung von Arzneimitteln/Produkten

Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalte und selbst entscheiden kann, welche Daten ggf. gelöscht, bzw. aktualisiert werden sollen. Soweit gesetzliche und behördliche Vorschriften keine anderen Aufbewahrungsfristen vorsehen, werden meine Daten im Rahmen dieser Erklärung zehn Jahre nach der letzten Aktualisierung von der Apotheke fachgerecht vernichtet und digitale Daten unwiderruflich gelöscht. Die gesetzlich vorgeschriebenen Nachweisdokumentationen bleiben hiervon unberührt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse (Nachweisdokumentation) in der Apotheke gespeichert, archiviert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet, genutzt und an Dritte weitergegeben werden. Dritte in diesem Sinne sind Akteure, die im Rahmen einer Belieferung mit Arzneimittel/Produkten eingeschaltet werden können (z. B. Hersteller vom Hilfsmittel, Clearingstellen, Pflegedienste u. Ä.). Die Daten sind dem Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, im Rahmen des oben genannten Zweckes zugänglich. Sofern Rücksprache mit dem von mir angegebenen Verordner (Arzt/Ärztin) bezüglich einer Verordnung, Arzneimitteltherapie, Arzneimittelinteraktion oder ähnlichem notwendig wird, bin ich damit einverstanden, dass das Apothekenpersonal mit diesem Kontakt aufnimmt.

Eine andere Weitergabe meiner durch die Apotheke erfassten Daten erfolgt nicht, es sei denn, ich stimme dieser ausdrücklich zu.

Ich bin zudem damit einverstanden, dass im Falle einer Nachfolgeregelung (Übernahme der Apotheke/Inhaberwechsel) meine vorgenannten Daten durch den neuen/ die neue Inhaber/in übernommen werden. Eine Erneuerung dieser Einwilligungserklärung ist in diesem Falle nicht notwendig.

## Einwilligungserklärung zur Speicherung und Verarbeitung personen- und gesundheits- bezogener Daten im Rahmen der Beratung und Abgabe von Arzneimitteln/Medizinprodukten und anderen apothekenspezifischen Produkten

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen und in Teilen widerrufen werden. Bei Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine Daten unverzüglich zu löschen oder zu sperren. Die behördlich und gesetzlich vorgeschriebenen Nachweisdokumentationen und Archivierungsfristen bleiben hiervon unberührt.

### Meine Daten

---

**Vor-/Zuname:** \_\_\_\_\_ **geboren am:** \_\_\_\_\_

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

**Kinder\*:** \_\_\_\_\_ *(wenn jünger als 16 Jahre)*

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

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_  Zuzahlungsbefreit bis: \_\_\_\_\_

**Vers.-Nr:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**ges. Vertreter:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

\*Die von mir über die Apotheke bezogenen Arzneimittel und Produkte sind sowohl für mich, wie aber auch für meine Familienmitglieder bestimmt. Somit kann es sein, dass zu meinen personenbezogenen Daten Arzneimittel- und Produktinformationen gespeichert werden, die keine eindeutige gesundheitsbezogene Aussage zu meiner Person zulassen.

Im Rahmen diese Einwilligungserklärung bin ich als gesetzlicher Vertreter/Betreuer damit einverstanden, dass auch meine Daten (wie zuvor beschreiben) in der Apotheke gespeichert werden.

Ort, den \_\_\_\_\_

Ort , Datum, Unterschrift

Kunde  ges. Vertreter/Betreuer

\_\_\_\_\_  
Apothekenstempel / Unterschrift

**Anlage:** Vereinbarung über die pharmazeutische Versorgung durch die Apotheke

**Anlage** zum Formblatt Einwilligungserklärung zur Speicherung und Verarbeitung personen- und gesundheits-  
bezogener Daten im Rahmen der Beratung und Abgabe von Arzneimitteln/ Medizinprodukten und anderen  
apothekenspezifischen Produkten

## Vereinbarung über die pharmazeutische Versorgung

Ziel dieser Vereinbarung ist es, den zu Versorgenden, im folgenden Kunden genannt, z. B. bei Immobilität, eine pharmazeutische Versorgung zu erleichtern und eine bessere Zusammenarbeit der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen im Sinne des zu Versorgenden zu ermöglichen.

Die Leistung der Wibbelt - Apotheke erfolgt kostenfrei, die Kosten der Arzneimittel, Hilfsmittel, Medizinprodukte und Ergänzungswaren bzw. die hierfür gesetzlich geregelten Zuzahlungen bleiben durch diese Vereinbarung unberührt und bestehen.

Um eine pharmazeutische Betreuung zu gewährleisten ist das Anlegen einer Kundendatei notwendig.

1. Die Wibbelt Apotheke wird durch den Kunden ermächtigt eine Arzneimittelanforderung beim behandelnden Arzt auszulösen und ggf. abzuholen.
2. Die Wibbelt Apotheke liefert die verordneten Produkte an:
  - a) Die in der Einwilligungserklärung genannte Person (Patient)
  - b) an den Pflegedienst: \_\_\_\_\_
  - c) an \_\_\_\_\_
3. Die Abrechnung für die gelieferten Produkte erfolgt im Lastschriftverfahren. Der Kunde oder, wenn abweichend, der Kontoinhaber berechtigen die Wibbelt - Apotheke die zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit über die unten aufgeführte Bankverbindung einzuziehen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Die Lastschrift ist beim kontoführenden Kreditinstitut innerhalb der dafür vorgesehenen Fristen widerrufbar.
4. Der Kunde berechtigt die Wibbelt - Apotheke gegenüber Angehörigen oder Dritten, die unten aufgelistet werden können, Auskunft über sensible und kundenbezogene pharmazeutische Daten zu geben und zu beraten. Diese Beratung ist jederzeit möglich, falls diese jedoch zeitlich umfangreicher ausfallen sollte, bietet die Wibbelt - Apotheke hierfür eine Terminvereinbarung an. Die Beratung kann auch telefonisch erfolgen.

Ergänzend zur Einwilligungserklärung erklärt sich der Kunde/die Kundin bereit, dass die Daten im Rahmen dieser Anlage ebenso gespeichert und genutzt werden. Es gelten die Bestimmungen der Einwilligungserklärung.

### Ergänzende Kundendaten:

Zusatzinformationen / Bekannte Allergien/Erkrankungen:

Zur Auskunft und Beratung vorgesehene Personen (mit Kontaktdaten):

Ihre Bankverbindung zum Einzug von Forderungen im Sepa-Lastschriftverfahren: *Der Lastschrifteneinzug erfolgt am folgenden Montag nach Rechnungsstellungsdatum; wir bitten um Kontodeckung zu sorgen. Erfolgte Rücklastschriften werden berechnet. Unsere Gläubiger ID: DE93ZZZ00000374752*

Bankbezeichnung:

Kontoinhaber:

Kto.-Nr./IBAN:

BLZ/BIC:

**Oelde**, Datum, Unterschrift     Kunde     Kontoinhaber/in

Apothekenstempel / Unterschrift