Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer

zur Qualitätssicherung

**FORMBLATT**

* Muster für eine Einwilligungserklärung unter Beachtung der DS-GVO zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten des Patienten im Rahmen der Arzneimittelinformation

Stand: 28.11.2023

**Leitlinie:**

Arzneimittelinformation in der Apotheke und in Informationsstellen der Apothekerschaft

**Hinweise für die Verwendung:**

**Bitte beachten Sie, dass es sich um ein nach bestem Wissen gefertigtes Muster handelt, dass noch auf jede Apotheke individuell angepasst werden muss. Eine Übernahme der Haftung oder sonstige Gewährleistung für die Richtigkeit und Vollständigkeit wird nicht übernommen.**

**Sofern die Einwilligungserklärung für die Speicherung bzw. den Zugriff in allen Filialen vorgesehen ist, weisen Sie bitte in diesem Formular daraufhin. Bitte fügen Sie noch die Kontaktdaten der betriebserlaubnisinhabenden Person ein.**

**Sofern Sie einen Datenschutzbeauftragten haben, legen Sie ihm diese Erklärung zur Prüfung vor und tragen seine Kontaktdaten ein.**

**Bitte beachten Sie, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten auf den unten genannten Zweck begrenzt ist, wenn Sie die Zweckbestimmung nicht erweitern.**

|  |
| --- |
| **Muster für eine Einwilligungserklärung unter Beachtung der DS-GVO****zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten des Patienten/Kunden in der Apotheke** |

**Ausführliche Arzneimittelinformation**

Ich habe konkrete Fragen zu meiner Arzneimitteltherapie, die eine umfangreiche Recherche und die Bewertung medizinisch-pharmazeutischer Informationen erfordern. In der Apotheke [*Name*] wird für mich auf meinen Wunsch eine Arzneimittelrecherche durchgeführt. Dazu werden meine unten genannten Daten sowie gesundheitsbezogene Daten zu meinen Erkrankungen und zu meiner Arzneimitteltherapie (genaue Anfrage, Arzneimittel/-stoff, Körpergewicht, Körpergröße, Geschlecht, Altersgruppe, Erkrankung/Diagnose, Lebensumstände wie z.B. Schwangerschaft oder Stillzeit) erfasst und ein Dokumentationsbogen erstellt.

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.

In Einzelfällen kann es vorkommen, dass der Apotheker/die Apothekerin spezielle medizinische und/oder pharmazeutische Fragestellungen nicht mit den eigenen vorhandenen Recherchemitteln lösen kann. In diesen Fällen leitet er/sie die Frage auf einem sicheren Übertragungsweg an eine externe Arzneimittelinformationsstelle weiter. Sollte dies in meinem Fall erforderlich sein

* stimme ich der Weitergabe der Daten zu meiner Person, meinem Gesundheitszustand und meinen Arzneimitteln in einer verschlüsselten Form, die keine Rückschlüsse der Arzneimittelinformationsstelle auf meine Identität zulassen (pseudonymisiert[[1]](#footnote-1)), zu. Ich bin damit einverstanden, dass mich mein Apotheker/meine Apothekerin im Rahmen der Beantwortung der Frage telefonisch, per verschlüsselter E-Mail oder postalisch kontaktieren darf.

An anderen Personen oder Institutionen werden die Daten nicht weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

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 (E-Mail) 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 (Art. 12 und 13 Datenschutz-Grundverordnung) informiert wurde, zur Kenntnis genommen. Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an den Verantwortlichen [*Betriebserlaubnisinhaber mit Kontaktdaten*] und vertraulich an den Datenschutzbeauftragten [*Kontaktdaten*] wenden.

Im Übrigen weisen wir auf die geltenden Datenschutzerklärungen der Arzneimittelinformationsstellen hin. Welche Arzneimittelinformationsstelle wir kontaktieren, können Sie gerne in der Apotheke erfragen.

**Angaben Patient/Patientin**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name**  | **Anschrift** |
| **Geburtsdatum** | **Telefon\*** |
| **E-Mail\*** |
| Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung) |

\*freiwillige Angaben (notwendig, wenn Sie eine nachträgliche Kontaktaufnahme per Telefon oder per E-Mail wünschen)

Apothekenstempel

1. Pseudonymisiert bedeutet, dass die [Verarbeitung](https://eu-datenschutz-grundverordnung.net/verarbeitung/) von [personenbezogenen Daten](https://eu-datenschutz-grundverordnung.net/personenbezogene-daten/) so gestaltet wird, dass ein Bezug zu einer [natürlichen Person](https://eu-datenschutz-grundverordnung.net/betroffener_datensubjekt/) nur unter Zuhilfenahme zusätzlicher Daten möglich ist. Das heißt, dass die vorhandenen Daten nicht auf eine bestimmte Person zeigen. [↑](#footnote-ref-1)