

Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung

FORMBLATT

- **Muster für eine Schweigepflichtentbindungserklärung und eine Einwilligungserklärung unter Beachtung der DS-GVO zur Verarbeitung personenbezogener Daten des Patienten bzw. der Patientin in der Apotheke im Rahmen der Heimversorgung**

Stand der Revision: 27.11.2024

Empfehlungen:

Versorgung der Bewohner von Heimen

Hinweise für die Verwendung:

Bitte beachten Sie, dass es sich um ein nach bestem Wissen gefertigtes Muster handelt, dass 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 des Betriebserlaubnisinhabers 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. Diese Arbeitshilfe dient nicht zur Erfassung der Zahlungsmodalitäten. Diese müssen in jeder Apotheke individuell geregelt werden.

Schweigepflichtentbindungserklärung und eine Einwilligungserklärung unter Beachtung der DS-GVO zur Verarbeitung personenbezogener Daten des Patienten/der Patientin in der Apotheke im Rahmen der Heimversorgung

Versorgung der Bewohner*innen von Heimen

Ich nehme an der Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten durch oben genannte Apotheke teil und habe dies zuvor gegenüber dem Heim bestätigt. In diesem Zusammenhang wird meine Medikation von der benannten Apotheke hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, z. B. auf Wechselwirkungen und Nebenwirkungen, geprüft. Für diese Prüfung sowie für die zukünftige Versorgung mit Arzneimitteln und anderen apothekenüblichen Waren werden die unten genannten Daten und ggf. weitere, für die Versorgung notwendige, Daten zu meiner Person und gesundheitsbezogene Daten zu meinen Erkrankungen und meiner Arzneimitteltherapie erfasst. Diese Daten können sich beispielsweise aus dem Beratungsgespräch, aus Verordnungen oder einem vorhandenen Medikationsplan bzw. der elektronischen Patientenakte (ePA) ergeben. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grund des Vertrags über die Heimversorgung. Ziel ist es durch den Austausch zwischen dem Heim, der Apotheke und mir, Arzneimittelrisiken zu verringern.

Ich bin damit einverstanden, dass meine genannten personenbezogenen Daten vom pharma-zeutischen Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken, verarbeitet werden.

Für den Fall, dass sich Fragen zur Arzneimitteltherapie ergeben, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker bzw. meine Apothekerin Kontakt mit dem bzw. der zuständigen Ansprechpartner*in des Heims oder seiner bzw. ihrer Vertretung, wie z. B. der Pflegekraft, aufnimmt. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch den bzw. die Ansprechpartner*in im Heim bzw. seine/ihre Vertretung von der Schweigepflicht.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme ergeben, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker bzw. meine Apothekerin mit meinem behandelnden Arzt¹ bzw. meinen behandelnden Ärzten zur Lösung der Probleme Kontakt aufnimmt und ihn/sie über die entsprechenden Empfehlungen und möglichen Anpassungen unterrichtet. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch erforderlichenfalls meinen Arzt bzw. meine Ärzte von der Schweigepflicht. Dies gilt:

für alle meine behandelnden Ärzte/Zahnärzte

für alle meine behandelnden Ärzte/Zahnärzte, mit Ausnahme von

Name des behandelnden Arztes/Zahnarztes
Anschrift
Telefon

Name des behandelnden Arztes/Zahnarztes
Anschrift
Telefon

Anderen 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.

¹ Sämtliche Arzt-Bezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Ich habe die Datenschutzerklärung der Apotheke, in der ich über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung informiert wurde, zur Kenntnis genommen. Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an die/den Verantwortliche*n [*Betriebserlaubnisinhaber*in mit Kontaktdaten*] und vertraulich an die/den Datenschutzbeauftragte*n [*Kontaktdaten*] wenden.

Angaben zum Patienten bzw. zur Patientin

Name	Anschrift
Geburtsdatum	Kundennummer
Ggf. gesetzliche*r Vertreter*in (Name und ggf. abweichende Anschrift)	
Telefon²	E-Mail²
<hr/> Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche*r Vertreter*in)	

Apothekenstempel

² ggf. Angaben des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin