

Schriftliche Einwilligung zur Datenspeicherung zum Zweck der Pharmazeutischen Beratung und Betreuung

Dokumentierende Apotheke (im folgenden Text „Apotheke“):

Apothekenname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Emailadresse: _____

(Kontaktadresse auch für einen Widerruf der Datenspeicherung)

Die Apotheke versorgt mich mit Arzneimitteln und anderen apothekenüblichen Waren. In diesem Zusammenhang wird meine Medikation hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen und Nebenwirkungen, geprüft. Für diese Prüfung sowie für die zukünftige pharmazeutische Beratung und Betreuung 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. Ziel ist es, Arzneimittelrisiken zu verringern.

Die DGOP e.V. (Deutsche Gesellschaft Onkologische Pharmazie) hat eine Datenbank konzipiert, die es dem Apotheker ermöglicht alle Präparate, die ich einnehme, zu erfassen. Hier erstellen die Mitarbeiter oben genannter Apotheke einen detaillierten Einnahmeplan, auf den auch nur die Apothekenmitarbeiter Zugriff haben. Die Datenbank berücksichtigt die Verträglichkeiten und Einnahmehinweise.

Der Apotheker erstellt für mich mit Hilfe der Datenbank einen Einnahmeplan, in dem ich zusätzlich mein Befinden in entsprechenden Zeitabschnitten eintragen kann. Diese Dokumentation hilft dem behandelnden Arzt und Apotheker u.U. meine Behandlung zu optimieren. Die Datenerfassung in der Datenbank erfolgt pseudonymisiert. Anstatt der persönlichen Angaben (z.B. Name) wird eine Patientennummer eingesetzt, die aus einer Aneinanderreihung von Buchstaben und/oder Ziffern, d.h. einer Art "Schlüssel" für mich als Patient besteht. Die auf diese Weise hinterlegten Daten dürfen für eine Dauer von 10 Jahren gespeichert werden.

Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten zum Patienten ermöglicht, hat lediglich die oben genannte Apotheke.

Kernanliegen der DGOP e.V. sind die Optimierung der die Arzneimittel- und Therapiesicherheit sowie die individuelle pharmazeutische Betreuung mit dem Ziel der Steigerung der Lebensqualität für Krebspatienten. Der DGOP werden nur pseudonymisierte* Daten zwecks Auswertung für Forschungszwecke und Statistiken zur Verfügung gestellt.

Weitere Informationen finden Sie hier: <https://www. orale-krebstherapie.de/fuer-patienten/>

Für jede über den gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen hinausgehende Nutzung personenbezogener Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

* Pseudonymisieren ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (Art. 4 – EU-DSGVO – Begriffsbestimmungen).

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken



Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass das pharmazeutische Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, meine gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der pharmazeutischen Beratung und Betreuung erhebt, verarbeitet und nutzt.
- Für den Fall, dass sich Fragen zur Arzneimitteltherapie ergeben, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker Kontakt mit dem Arzt bzw. den Ärzten aufnimmt, die meine Medikamente verordnen. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch die betreffenden Ärzte von der Schweigepflicht.

Angaben zu den verordnenden Ärzten

Diese Erklärung gilt für die folgenden Personen:


Name des behandelnden Onkologen
Anschrift
Telefon

Name des behandelnden Arztes/Zahnarztes
Anschrift
Telefon

Name
Anschrift
Telefon

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

Patientendaten:

Name	Anschrift
Geburtsdatum	Telefon*
E-Mail*	
	
Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)	
Patientenname in Blockschrift: _____	
*freiwillige Angaben	


Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Apotheke um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Artikel 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Apotheke die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Apotheke übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Meine datenschutzbezogenen Rechte habe ich zur Kenntnis genommen.


Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)
Name in Blockschrift: _____

Stempel der Apotheke