Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer

zur Qualitätssicherung

**FORMBLATT**

* Muster für eine Einwilligungserklärung unter Beachtung der DS-GVO zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten des Patienten in der Apotheke für das Führen einer Patientendatei (Kundenkarte)

Stand der Revision: 28.11.2023

**Leitlinie:**

Information und Beratung des Patienten bei der Abgabe von Arzneimitteln auf ärztliche Verordnung

Information und Beratung des Patienten bei der Abgabe von Arzneimitteln - Selbstmedikation

**Hinweise für die Verwendung:**

**Bitte beachten Sie, dass es sich um ein nach bestem Wissen gefertigtes Muster handelt, das 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 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. Sollten die Daten darüber hinaus noch für weitere Zwecke, wie z. B. das Versenden von Geburtstags- oder Weihnachtskarten, verwendet werden, beschreiben Sie diese Zwecke und ermöglichen Sie dem Patienten, diese durch Ankreuzen auszuwählen.**

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

**Führen einer Patientendatei (Kundenkarte)**

In der Apotheke [*Name*] wird für mich eine elektronische Patientendatei geführt. Dazu werden meine unten genannten Daten sowie gesundheitsbezogene Daten, insbesondere Rezeptdaten, zu den von mir in dieser Apotheke erworbenen Arzneimitteln, Medizinprodukten, Nahrungsergänzungsmitteln, Hilfsmitteln, Kosmetika und anderen apothekenüblichen Waren, sowie ggf. Informationen über die Befreiung von der Zuzahlung erfasst.

Die Daten zu meinen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln werden auf Wechselwirkungen geprüft. Ziel ist es, Arzneimittelrisiken (z. B. bei Arzneimittelunverträglichkeiten) zu verringern. Auf Basis dieser Daten, insbesondere zu meinen bisher von dieser Apotheke erhaltenen Arzneimittel, werde ich von den Apothekenmitarbeiter\*innen umfassend und bestmöglich beraten. Zudem dient die Kundenkarte dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und/oder dem Finanzamt zu erstellen.

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. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte 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.

🞎 Ich möchte regelmäßig über Angebote und Aktionen der Apotheke informiert werden.

🞎 Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke mir Gutscheine und Grußkarten zu Geburtstagen, Feiertagen und anderen besonderen Anlässen zuschickt.

**Angaben zum Patienten**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | **Anschrift** |
| **Geburtsdatum\*** | **Telefon\*** |
| **E-Mail\*** | |
| **Krankenkasse\*** | |
| **Zuzahlungsbefreiung\***  **Falls ja, bis\*** | |
| Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter) | |

\*freiwillige Angaben

Apothekenstempel