

Athina- Arzneimittel-Therapiesicherheit in Apotheken

Einwilligungserklärung

Name/ Vorname	
Straße/ Nr.	
Wohnort	
Telefon	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Vorerkrankungen	

- Ich willige ein, dass meine persönlichen Daten und die Angaben zu meinen Arzneimitteln, zu gesundheitlichen Problemen oder Erkrankungen sowie Inhalte des Beratungsgesprächs erhoben, elektronisch auf Datenträgern gespeichert und zu den in der Patienteninformation genannten Zwecken genutzt werden. Mir wurde bestätigt, dass es den mit der Datenspeicherung beschäftigten Mitarbeitern der Apotheke untersagt ist, meine Daten an Dritte weiterzugeben oder Dritten zugänglich zu machen. Ich habe das Recht, jederzeit über die gespeicherten Daten unentgeltlich Auskunft zu bekommen und diese berichtigen, sperren oder löschen zu lassen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen des Projektes „Athina - Arzneimitteltherapiesicherheit in Apotheken“ der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg unter einem Pseudonym zu Auswertung weitergegeben werden. So kann niemand mehr die Daten meiner Person zuordnen. Aus einer Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse wird nicht hervorgehen, wer an dieser Untersuchung teilgenommen hat.

- Ich bin damit einverstanden, dass der mich betreuende Apotheker*in direkten Kontakt mit einem Haus- oder Facharzt aufnimmt, sofern im Rahmen dieses Medikationschecks dringende medizinische/pharmazeutische Fragen zu klären sind.

Diese Einwilligung kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit den Kosten für die Medikationsanalyse in Höhe von 69€ einverstanden bin.

Datum

Unterschrift