

## Einwilligungserklärung

### Einwilligungserklärung für Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sowie sonstigen Betreuungseinrichtungen

1. Ich,

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

erteile hiermit meine Zustimmung, dass die mir verschriebenen Arzneimittel und sonstigen Apothekenprodukte von der Riedberg Apotheke, der Neuen Stadtapotheke bzw. der Alten Stadtapotheke bezogen werden.

2. optional:

Ich beauftrage die Apotheke mit der patientenindividuellen Neuverblisterung dieser Arzneimittel (§ 61 Abs. 1 Z 5 Arzneimittelgesetz, § 11a Abs. 1 Apothekenbetriebsordnung 2005). Soweit die Neuverblisterung nicht von der Apotheke selbst durchgeführt wird, bin ich damit einverstanden, dass meine für die Neuverblisterung erforderlichen personenbezogenen Daten und Medikationsdaten an einen dazu befugten Arzneimittelherstellerbetrieb weitergegeben werden.

Die Riedberg Apotheke hält sich bei der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten streng an die Datenschutz-Grundverordnung und das Datenschutzgesetz.

3. optional:

Ich beauftrage die Apotheke, die mir verschriebenen Arzneimittel für mich individuell in Dosierhilfen (z.B. Wochendispenser) zu dosieren.

4. Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke meine personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Versicherungsdaten, Adresse) sowie die Daten der von mir bezogenen Arzneimittel (einschließlich Dosierung und Einnahmezeitpunkt), Medizinprodukte, Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke und Nahrungsergänzungsmittel sowie für die Arzneimittelanwendung relevante medizinische Informationen (Befunde, Diagnosen, Laborwerte etc.) in einer Patientendatei zur Erkennung und Lösung arzneimittel- und gesundheitsbezogener Probleme mit dem Ziel der Optimierung meiner Arzneimitteltherapie verarbeitet und speichert.

5. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftliche Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen.

6. Für den Fall einer Übertragung des Apothekenunternehmens stimme ich der Mitübertragung meiner oben angeführten Daten an den neuen Konzessionsinhaber zu.

7. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(Heimbewohner, Sachwalter oder bevollmächtigter Angehöriger)

\_\_\_\_\_  
Apothekenstempel