

## **Ergänzung**

**des mit Datum vom 5. Februar 2009  
abgeschlossenen Rahmenvertrages**

**zwischen**

**dem BVDA - Bundesverband Deutscher Apotheker e.V., Borsigallee 21, 60388  
Frankfurt am Main**

**- nachfolgend BVDA genannt**

**und**

**dem Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Ferdinand-  
Sauerbruch-Str. 18, 56058 Koblenz**

**- nachfolgend Debeka genannt**

**und**

**der 7x4 Pharma GmbH, Im Holzhau 8, 66663 Merzig**

**- nachfolgend „7x4 Pharma“ genannt**

Zur Konkretisierung von § 4 in Verbindung mit § 1 Abs. 3 wird die folgende Anlage 4 dem Vertrag beigelegt:

# Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener und gesundheitsbezogener Daten des Patienten durch die Apotheke

Die Apotheke beauftragt die 7x4 Pharma GmbH, Im Holzhau 8, 66663 Merzig, mit der Herstellung von befüllten Multidosis-Blistern zu meiner individuellen wöchentlichen Versorgung mit Arzneimitteln (kurz „Verblisterauftrag“). Die Multidosis-Bliester enthalten für die vier Einnahmezeitpunkte „Morgens“, „Mittags“, „Abends“ und „Nachts“ zusammengestellte Arzneimittel nach Maßgabe der Verordnung meines Arztes/meiner Ärztin (kurz „Wochenblisters“ [7x4 Box]).

Ich bin darüber informiert worden, dass die Apotheke im Rahmen des Verblisterauftrages Daten und Angaben zu meiner Person und zu meiner Medikation an die 7x4 Pharma GmbH weiterleiten wird. Zu diesen von der Apotheke an die 7x4 Pharma GmbH weitergeleiteten Daten gehören die auf dem jeweils eingereichten Rezept enthaltenen Daten, d.h. persönliche Daten sowie Daten zur Medikation. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass die Apotheke mit diesem Kontakt aufnimmt.

Nur die Datenweitergabe an die 7x4 Pharma GmbH ermöglicht es dieser, den Wochenblisters gemäß der auf dem jeweiligen Rezept enthaltenen Verordnung des Arztes für mich herzustellen und an die Apotheke auszuliefern.

Aus diesem Grunde bin ich damit einverstanden, dass die genannten Daten zukünftig im Rahmen des Verblisterauftrages gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes in der Dokumentation der Apotheke und der 7x4 Pharma GmbH gespeichert und ausschließlich zur Herstellung des Wochenblisters verarbeitet (d.h. gespeichert, übermittelt) und genutzt werden. Hierzu dürfen die Daten auch dem jeweils eingesetzten Personal der Apotheke bzw. der 7x4 Pharma GmbH mitgeteilt werden. Das Personal unterliegt der Schweigepflicht. Darüber hinaus werden meine Daten nicht an Dritte weitergegeben.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftliche Auskunft über meine Daten erhalte und selbst entscheiden kann, welche Daten unter Umständen zu löschen sind. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten fünf Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der Apotheke oder der 7x4 Pharma GmbH, Im Holzhau 8, 66663 Merzig widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs endet die Versorgung mit dem Wochenblisters (7x4 Box).

Name/ Vorname (Patient/-in): \_\_\_\_\_

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

Telefon (freiwillig): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Patient/-in)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Apotheker/-in)  
Firmenstempel

## TEILNAHMEERKLÄRUNG Arzneimittelversorgung mit 7x4-Wochenbox

- An der Arzneimittelversorgung mittels 7x4-Box möchte ich teilnehmen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten auf der Grundlage und im Rahmen der von mir abgegebenen Einwilligungserklärung durch die \_\_\_\_\_-Apotheke erhoben, gespeichert, verarbeitet und zur Bestellung bei 7x4 Pharma genutzt werden.

Die Nutzung der Daten darf ausschließlich im Rahmen meiner Arzneimittelversorgung mit 7x4-Wochenboxen erfolgen. Die \_\_\_\_\_-Apotheke verpflichtet sich, im Rahmen der Nutzung meiner Daten das Bundesdatenschutzgesetz und die Bestimmungen des Sozialgesetzbuches zu beachten (insbesondere §§ 4a BDSG; 67b SGB X).

### Patienten/-innendaten

_____	_____
Name	Vorname
_____	
Geburtsdatum	
_____	_____
Servicenummer	Krankenversicherung
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

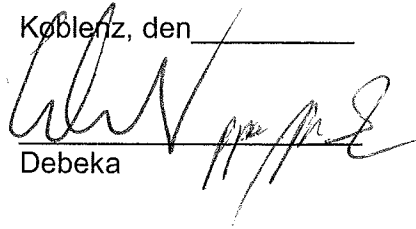
### Apothekendaten

Apothekenname: _____	
Apothekenleiter: _____	_____
Name	Vorname
_____	_____
PLZ	Ort
_____	_____
Strasse	Tel.-Nr.:
_____	_____
Institutionskennzeichen	Unterschrift

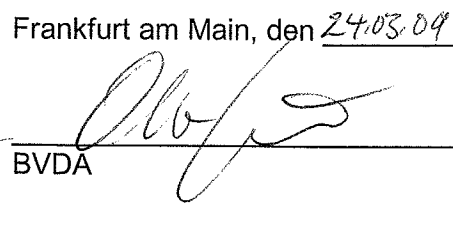
Köblenz, den \_\_\_\_\_

Frankfurt am Main, den 24.03.09

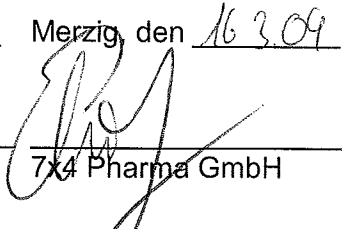
Merzig, den 16.3.09



Debeka



BVDA



7x4 Pharma GmbH