

Anlage 2

TEILNAHMEERKLÄRUNG (Patientenerklärung) Arzneimittelversorgung mit 7x4-Wochenbox

- An der Arzneimittelversorgung mittels 7x4-Wochenbox möchte ich teilnehmen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten 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. Eine Weitergabe dieser Daten an Dritte ist nur aufgrund meiner gesonderten, ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung zulässig. Die _____-Apotheke verpflichtet sich, im Rahmen der Nutzung meiner Daten das Bundesdatenschutzgesetz und die Bestimmungen des Sozialgesetzbuches zu beachten (§§ 4a BDSG; 67b SGB X). Ich habe die Möglichkeit, dieser Erklärung jederzeit zu widersprechen.

Versichertendaten

_____	_____
Name	Vorname

Geburtsdatum	

Versichertennummer	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

Apothekendaten

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

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 „Verblisterungsauftrag“). Die Multidosis-Blister enthalten für die vier Einnahmezeitpunkte „Morgens“, „Mittags“, „Abends“ und „Nachts“ zusammengestellte Arzneimittel nach Maßgabe der Verordnung meines Arztes/meiner Ärztin (kurz „Wochenblister“ [7x4 Box]).

Ich bin darüber informiert worden, dass die Apotheke im Rahmen des Verblisterungsauftrages 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 Wochenblister 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 Verblisterungsauftrages 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 Wochenblister (7x4 Box).

Name/ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/-in)

Ort, Datum

Unterschrift (Apotheker/-in)