

**Einwilligungserklärung zur Speicherung und Verarbeitung personen- und gesundheitsbezogener Daten im Rahmen der Beratung und Abgabe von Arzneimitteln/Medizinprodukten und anderen apothekenspezifischen Produkten**

**Filialverbund der Centro Apotheken**  
Inhaber: Rainer Koslowski

**Centro Apotheke**  
Spitalerstraße 7 - 20095 Hamburg  
Tel.: 040 / 32526271  
Inhaber: Rainer Koslowski

**Centro-Jacobi-Apotheke**  
Jacobikirchhof 8 - 20095 Hamburg  
Tel.: 040 / 33 51 90  
Inhaber: Rainer Koslowski

**Centro Apotheke Niendorf**  
Ernst-Mittelbach-Ring 49-55 - 22455 Hamburg  
Tel.: 040 / 55 59 85 50  
Inhaber: Rainer Koslowski

Ich bin darüber informiert, dass die oben genannte Apotheken (im Filialverbund) Leistungen anbietet die die Verbesserung meiner Gesundheit zum Ziel hat. Im Wesentlichen werden dabei berücksichtigt: die Arzneimitteltherapiesicherheit, die persönliche Beratung im Rahmen der Medikation, die ergänzende und vorbeugende persönliche Gesundheitsberatung und die in diesem Rahmen ableitbare Abgabe von Produkten und Arzneimitteln. Zu diesem Zwecke werden die Apotheken zu meiner Person, Medikation und Gesundheit Daten erfassen und speichern. Hierzu gehören neben den allgemeinen persönlichen Angaben wie z.B. Vor-/Zuname, Adresse, Geburtsdatum, Krankenversicherung und behandelnde Ärzte, auch Daten zum Gesundheitszustand, zu verordneten und frei verkäuflichen Produkten/Arzneimitteln, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es den Apotheken, mich optimal zu beraten, mögliche Probleme aufzudecken und mich bei der Arzneimittelanwendung, der Therapiesicherheit und dem Gesundheitserhalt zu unterstützen.

Diese individuelle Einwilligungserklärung kann u.a. zu folgenden Vorhaben Anwendung finden:

Speicherung und Archivierung der vorgenannten Daten und Informationen zum Zwecke:

- der Anlage u. Ausgabe einer Kundenkarte
- des Führens einer Patientendatei
- von Arzneimittelinteraktionschecks
- der Nachweise bei Beratungen
- der Nachweise bei Blutwertmessungen
- der Nachweise bei Blutdruck- u. Pulsmessung
- der Weitergabe an Dritte zur fachlichen Klärung von Verordnungen
- der Erstellung eines Nachweisbeleges für den Kunden zur Vorlage bei Behörden oder Kassen
- der notwendigen Rücksprache mit dem Verordner
- der Vorbestellungen von Arzneimitteln/Produkten
- der Belieferung von Heimbewohnern
- der Hilfs- und Heilmittelbelieferung
- des Stellens/Blisterns von Arzneimitteln
- des Versands von Arzneimitteln/Produkten

Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalte und selbst entscheiden kann, welche Daten ggf. gelöscht, bzw. aktualisiert werden sollen. Soweit gesetzliche und behördliche Vorschriften keine anderen Aufbewahrungsfristen vorsehen, werden meine Daten im Rahmen dieser Erklärung zehn Jahre nach der letzten Aktualisierung von der Apotheke fachgerecht vernichtet und digitale Daten unwiderruflich gelöscht. Die gesetzlich vorgeschriebenen Nachweisdokumentationen bleiben hiervon unberührt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse (Nachweisdokumentation) in den Apotheken gespeichert, archiviert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet, genutzt und an Dritte weitergegeben werden. Dritte in diesem Sinne sind Akteure, die im Rahmen einer Belieferung mit Arzneimittel/Produkten eingeschaltet werden können (z. B. Hersteller vom Hilfsmittel, Clearingstellen, Pflegedienste u. Ä.). Die Daten sind dem Personal der Apotheken, welches der Schweigepflicht unterliegt, im Rahmen des oben genannten Zweckes zugänglich. Sofern Rücksprache mit dem von mir angegebenen Verordner (Arzt/Ärztin) bezüglich einer Verordnung, Arzneimitteltherapie, Arzneimittelinteraktion oder ähnlichem notwendig wird, bin ich damit einverstanden, dass das Personal der Apotheken mit diesem Kontakt aufnimmt.

**Einwilligungserklärung zur Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Beratung und Abgabe von Arzneimitteln/Medizinprodukten und anderen apothekenspezifischen Produkten****Centro Apotheke**  
Spitalerstraße 7 - 20095 Hamburg**Centro-Jacobi-Apotheke**  
Jakobikirchhof 8 - 20095 Hamburg**Centro Apotheke Niendorf**  
Ernst-Mittelbach-Ring 49-55 - 20095 Hamburg

Eine andere Weitergabe meiner durch die Apotheken erfassten Daten erfolgt nicht, es sei denn, ich stimme dieser ausdrücklich zu.

Ich bin zudem damit einverstanden, dass im Falle einer Nachfolgeregelung (Übernahme der Apotheke(n)/Inhaberwechsel) meine vorgenannten Daten durch den neuen/ die neue Inhaber/in übernommen werden. Eine Erneuerung dieser Einwilligungserklärung ist in diesem Falle nicht notwendig.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen und in Teilen widerrufen werden. Bei Widerruf sind die Apotheken verpflichtet, meine Daten unverzüglich zu löschen oder zu sperren. Die behördlich und gesetzlich vorgeschriebenen Nachweisdokumentationen und Archivierungsfristen bleiben hiervon unberührt.

**Meine Daten****Vor-/Zuname:** \_\_\_\_\_ **geboren am:** \_\_\_\_\_**Anschrift:** \_\_\_\_\_**Telefon** \_\_\_\_\_**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_**Vers.-Nr:** \_\_\_\_\_**E-Mail:** \_\_\_\_\_

\*Die von mir über die Apotheke bezogenen Arzneimittel und Produkte sind sowohl für mich, wie aber auch für meine Familienmitglieder bestimmt. Somit kann es sein, dass zu meinen personenbezogenen Daten Arzneimittel- und Produktinformationen gespeichert werden, die keine eindeutige gesundheitsbezogene Aussage zu meiner Person zulassen.

Im Rahmen diese Einwilligungserklärung bin ich als gesetzlicher Vertreter/Betreuer damit einverstanden, dass auch meine Daten (wie zuvor beschreiben) in der Apotheke gespeichert werden.

Hamburg, den \_\_\_\_\_

Ort , Datum, Unterschrift

 Kunde

Apothekenstempel / Unterschrift (gilt für den Filialverbund)