

**Einverständniserklärung**  
**zur Arzneiversorgung durch die Dr. - Loewe - Apotheke, Magdeburger Str. 105,**  
**Tel.: 039291/2860, Fax:039291/71167, 39240 Calbe / Saale**  
**sowie zur Speicherung gesundheitsbezogener und arzneimittelbezogener Daten**

I.

Ich .....  
erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönliche Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch die Dr. – Loewe - Apotheke in Calbe/Saale erfolgt. Ich beauftrage die Pflegeeinrichtung sicherzustellen, dass alle ärztlichen Verschreibungen über Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte, die für mich ausgestellt werden, ausschließlich der Dr. – Loewe - Apotheke zugeleitet werden.

II.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Dr. – Loewe - Apotheke in Kooperation mit der Blisterabteilung der Apotheke, Magdeburger Str. 105, 39240 Calbe/Saale, Leistungen anbietet, welche die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme zum Gegenstand haben. Die Apotheke übernimmt es, die von Ärzten für mich jeweils verordneten Fertigarzneimitteln entsprechend dem ihr durch die Pflegeeinrichtung übermittelten ärztlichen Therapieplan für mich, für die Dauer einer Kalenderwoche jeweils individuell nach Tages- bzw. Tageszeitdosen zu verblistern.

Zu diesem Zweck erfassen die Dr. – Loewe - Apotheke und die Blisterabteilung der Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation. Dazu zählen Daten zu meinem Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln sowie zum Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es, mich bezüglich der Einnahme von Arzneimitteln optimal zu beraten und mich bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu den für mich ärztlich verordneten Arzneimitteln sowie die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Dr. – Loewe - Apotheke und der Blisterabteilung der Apotheke gespeichert, ausschließlich zu den oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Ohne meine Zustimmung werden diese Daten nicht weitergegeben.

Ich bin auch damit einverstanden, dass mein Apotheker mit meinem behandelnden Arzt Rücksprache hält, wenn dies aufgrund arzneimittelbezogener Fragen oder Probleme erforderlich ist.

Ich kann jederzeit ohne Kosten Einsicht in meine Daten nehmen und / oder eine schriftliche Auskunft darüber erhalten sowie selbst entscheiden, welche Daten ggf. gelöscht werden sollen. Mir ist bekannt, dass meine Daten zehn Jahre nach dem letzten Eintrag in der Apotheke gelöscht werden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften eine längere Aufbewahrungsfrist vorsehen.

Diese Erklärung habe ich freiwillig abgegeben. Sie kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder seines Bevollmächtigten

Bankverbindung: Volksbank Magdeburg BIC: GENODEF1MD1  
IBAN: DE 8081 0932 7400 0200 4143  
Amtsgericht Magdeburg HRA 205  
Steuernummer:1072360141557

# Zahlungsweise bei Rechnungslegung

Ich zahle wie folgt: (bitte ankreuzen)

- monatlich
- Barbetragsverwaltung in der Einrichtung
- durch Überweisung
- durch Teilnahme am Lastschriftverfahren

Rechnungslegung für Bewohner..... bitte an folgende Adresse:

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... PLZ / Ort: .....

Ich / wir ermächtige(n) den Inhaber der Dr. – Loewe - Apotheke widerruflich, die von mir / uns zu zahlenden Rechnungsbeträge bei Fälligkeit von meinem / unserem Konto per Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber: .....

Geldinstitut: .....

IBHN: .....

BIC: .....

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift  
Bewohner/in bzw. Betreuer/in

Bankverbindung: Volksbank Magdeburg BIC: GENODEF1MD1  
IBAN: DE 8081 0932 7400 0200 4143  
Amtsgericht Magdeburg HRA 205  
Steuernummer:1072360141557