

# DATENSCHUTZERKLÄRUNG



**KATHARINEN  
APOTHEKE**

Dr. Metin Bagli  
Severinstraße 116  
50678 Köln  
T 0221.9 32 00 45  
F 0221.9 32 00 44

info@katharinen-apotheke-koeln.de  
www.katharinen-apotheke-koeln.de



**KALKER  
APOTHEKE**

Dr. Metin Bagli  
Kalker Hauptstraße 172  
51103 Köln  
T 0221.8 70 30 21  
F 0221.80 19 53 12  
kalkerapotheke@t-online.de  
www.kalker-apotheke.de

## Einwilligungserklärung zur Speicherung gesundheitsbezogener und arzneimittelbezogener Daten des Patienten

Ich bin darüber informiert, dass die oben genannten Apotheken Leistungen anbieten, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhalten. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck wird die Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten, die dafür notwendig sind, und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Da der Apotheker und sein Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker mit diesem Kontakt aufnimmt.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Befreit bis: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift