

## Datenschutz / Kontaktaufnahme mit dem Arzt / Erinnerung Wiederholungstermin

- Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zu meinen Arzneimitteln sowie die Inhalte der Beratungsgespräche und die dazugewonnenen Kenntnisse gespeichert werden. Die Datenspeicherung dient ausschließlich meiner Beratung. Den mit der Datenspeicherung beauftragten Personen ist es untersagt, meine Daten an Dritte weiterzuleiten oder ihnen diese zugänglich zu machen. Die benannten Personen sind dem Datengeheimnis verpflichtet.

Auf meinen Wunsch hin bekomme ich Auskunft und kostenfrei einen Ausdruck all meiner persönlichen Daten, die von der Apotheke gespeichert wurden. Ferner habe ich das Recht auf Löschung meiner persönlichen Daten, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (z. B. Betäubungsmittelgesetz, Transfusionsgesetz) dagegensprechen. Sollte dies der Fall sein, werden meine Daten für eine weitere Nutzung gesperrt und nach der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gelöscht.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiere diese durch meine Unterschrift. Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

### Kontaktaufnahme mit dem verschreibenden Arzt/Hausarzt

- Die Apotheke darf zum Zweck, meine Arzneimitteltherapie zu optimieren, Kontakt mit meinem Arzt,  
\_\_\_\_\_ (Name und Anschrift des Arztes), aufnehmen.

### Erinnerung an eine Wiederholung der standardisierten Risikoerfassung hoher Blutdruck nach 12 Monaten

- Die Apotheke darf mich nach 12 Monaten per E-Mail \_\_\_\_\_  
(E-Mail des Patienten)  
oder per Telefon \_\_\_\_\_ (Tel.-Nr. des Patienten) zur  
Terminvereinbarung für eine Wiederholung der oben genannten Dienstleistung kontaktieren.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

Apothekenstempel