

Muster Einwilligungserklärung für Privatpatienten bei Erbringung pharmazeutischer Dienstleistungen

Sehr geehrte Apotheker*innen,

die folgenden Informationen bezüglich des Musters zur Einwilligungserklärung für Privatpatient*innen bei Erbringung pharmazeutischer Dienstleistungen dienen der datenschutzkonformen und rechtssicheren Abwicklung der Abrechnung der Leistung.

Allgemeine Informationen zum Muster:

Für die Verarbeitung personenbezogener Daten der Privatpatient*innen im Rahmen des Abrechnungsvorgangs für pharmazeutische Dienstleistungen bedarf es einer Rechtsgrundlage. Seitens einiger Rechenzentren wurde infrage gestellt, ob Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO und § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG in Verbindung mit den sozialrechtlichen Vorschriften, die die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten gesetzlich Versicherter im SGB V und im Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V darstellen, für Privatpatienten herangezogen werden können.

Höchst vorsorglich regen wir an, dass Privatpatient*innen für diese Abrechnungsvorgänge vorab eine Einwilligungserklärung gegenüber der Apotheke abgeben.

Hinweise zur Verwendung der Einwilligungserklärung:

Bitte beachten Sie, dass es sich bei dieser Einwilligungserklärung um ein nach aktuellem Wissen gefertigtes Muster handelt, das durch die Apotheken und die Patient*innen ausgefüllt werden muss.

Bei Fragen oder Unklarheiten empfiehlt sich die Rücksprache mit Ihrem Datenschutzbeauftragten.

Den jeweils aktuellen Stand der Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung finden Sie im Mitgliederbereich der ABDA: <https://www.abda.de/pharmazeutische-dienstleistungen/>

Einwilligungserklärung

für Privatpatienten bei Erbringung pharmazeutischer Dienstleistungen

**Sehr geehrte Versicherte,
sehr geehrter Versicherter,**

für die Erbringung einer pharmazeutischen Dienstleistung in unserer Apotheke haben Sie bereits eine separate Vereinbarung unterzeichnet.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten pharmazeutischen Dienstleistungen beabsichtigen wir, das Rechenzentrum _____ zu beauftragen. Zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Abrechnung erklären Sie Folgendes:

1. Ich bin mit der Weitergabe folgender Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Art und Datum der Leistung, Versichertennummer) zum Zweck der Abrechnung an das genannte Rechenzentrum einverstanden.
2. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen pharmazeutischen Dienstleistungen gemäß § 129 Abs. 5e SGB V entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meiner Apotheke und dem genannten Rechenzentrum mehr statt.

Apotheke	
Name und Anschrift:	
Apothekeninhaber*in	

Versicherte*r	
Name und Anschrift:	

Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten bzw. Unterschrift des/der Versicherten/des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

Den jeweils aktuellen Stand der Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“ finden Sie im Mitgliederbereich der ABDA:
<https://www.abda.de/pharmazeutische-dienstleistungen/inhalationstechnik/>