

**Auftrag des Bewohners zur Übernahme der Medikamentenversorgung /
Einwilligungserklärung des Bewohners zur Speicherung
seiner gesundheits- und arzneimittelbezogener Daten
in der Apotheke und ggf. im Blisterzentrum**

Name:
Geb. am:

ggf. Wohnbereich / Zimmer:

Hiermit erteile ich der

- Seniorenzentrum Siegburg GmbH , Friedrich-Ebert-Str. 16, 53721 Siegburg
- Seniorenzentrum Siegburg GmbH , Heinrichstraße 10, 53721 Siegburg
- Seniorenzentrum Siegburg GmbH - Seniorentagespflege , Heinrichstraße 8, 53721 Siegburg

den Auftrag, die ärztlich verordneten Medikamente im Rahmen der Regelleistungen des Seniorenzentrums (ohne Berechnung zusätzlicher Gebühren) zu beschaffen, die Medikamente aufzubewahren, die Tages- oder Einzeldosis zu richten und anschließend die Medikamente zu verabreichen.

Der Träger ist berechtigt, die Medikamente in der von ihm gewählten Apotheke zu beschaffen.

Der Beirat hat der Auswahl der Apotheke, die mit der Einrichtung kooperiert, zugestimmt. Dieser Auftrag gilt bis auf Widerruf.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Apotheke die nicht kassenpflichtigen Leistungen sowie die Kosten im Rahmen der Zuzahlungspflicht für Medikamente mit mir oder einer von mir benannten Person direkt abrechnet.

Die Rechnungsstellung richten sie bitte an folgende Adresse:

Mit dieser Einwilligungserklärung, beauftrage ich die von der Einrichtung ausgewählte Apotheke mit der Versorgung der ärztlich verordneten Medikamente. Ggf. werden die von mir einzunehmenden festen Arzneimittel verblistert, soweit diese einer Verblisterung zugänglich sind.

Ich bin darüber informiert worden, dass die von der Einrichtung ausgewählte Apotheke Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung gesundheitsbezogener und arzneimittelbezogener Probleme beinhalten. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck wird die Apotheke Daten 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 dem 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 der Apotheker mit dem Arzt Kontakt aufnimmt.

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

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

Ort, Datum

(Unterschrift des Bewohners oder seines Vertreters)