



Luitpold Apotheke
mediherz.de
Postfach 1360

95148 Selbitz

Kundennummer

Vorname/Name

Straße/Nr.

Telefon

PLZ/Ort

Versicherten-Nr.

Kassen-Nr.

Arzneimittel-Check

Für Ihre Gesundheit!

Bitte ausfüllen und zusammen mit Ihrem Rezept bzw. Bestellschein einsenden.

Falls wir bei der Überprüfung der Medikation ein Risiko erkennen, melden wir uns umgehend telefonisch oder schriftlich bei Ihnen.

1) Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

- Meine Angaben finden Sie in der unten stehenden Tabelle.
(Achtung, bitte füllen Sie auch bei **veränderter Medikation die Tabelle wieder vollständig aus!**)
- Meine Angaben liegen Ihnen bereits vor. An diesen hat sich nichts geändert. (Dann weiter zur Unterschrift)

PZN (falls zur Hand)	Name des Medikamentes (Bitte tragen Sie hier alle Medikamente ein die Sie zur Zeit nehmen, auch Medikamente, die Sie nicht bei mediherz.de bestellt haben und rezeptfreie Medikamente.)	Anzahl Einheiten (Tabletten, Tropfen, Spritzen,...)					Mir wurde dieses Medikament erstmalig verordnet	Gegen welche Erkrankung nehmen Sie dieses Medikament ein?
		Nur bei Bedarf	Bei täglicher Einnahme (Menge & Einheit)					
			morgens	mittags	abends	zur Nacht		
00000000	z.B.: Mustermedi Musterfirma 500	<input type="radio"/>	1 Tab		1 Tab		<input type="radio"/>	Diabetes
		<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	

2) Haben Sie eine Allergie oder Arzneimittelunverträglichkeit?

- Ja, gegen _____
- Nein

3) Sind Sie schwanger?

- Ja, ich bin schwanger seit _____
- Nein

In der Luitpold-Apotheke wird meine Medikation hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Für diese Prüfung sowie für die jeweilige Beratung bei der zukünftigen Versorgung mit Arzneimitteln durch die Apotheke werden die unten genannten Daten und ggf. weitere, für die Medikationsanalyse notwendige, Daten zu meiner Person, sowie gesundheitsbezogene Daten zu meinen Erkrankungen und meiner Arzneimitteltherapie erfasst. Diese Daten können sich beispielsweise aus den von mir für die o. g. Prüfung in die Apotheke gebrachten Arzneimitteln, den Gesprächen mit mir in der Apotheke, Verordnungen oder einem vorhandenen Medikationsplan ergeben. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grund des Vertrags über die Medikationsanalyse. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern.

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme aufgrund von anderen, nicht von meinem/n behandelnden Arzt/Ärzten verordneten Arzneimitteln ergeben, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker mit diesem/diesen zur Lösung der Probleme Kontakt aufnimmt und ihn/sie über diese anderweitige Medikation unterrichtet. Ich entbinde für die Medikationsanalyse sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch meine/n Arzt/Ärzte von der Schweigepflicht.

Angaben zu dem/den behandelnden Arzt / Ärzten

Name des behandelnden Arztes/Zahnarztes

Name des behandelnden Arztes/Zahnarztes

Straße

Straße

PLZ / Ort

PLZ / Ort

Telefon

Telefon

Name des behandelnden Arztes/Zahnarztes

Name des behandelnden Arztes/Zahnarztes

Straße

Straße

PLZ / Ort

PLZ / Ort

Telefon

Telefon

In Einzelfällen kann es vorkommen, dass der Apotheker spezielle medizinische und/oder pharmazeutische Fragestellungen nicht mit den eigenen vorhandenen Recherchemitteln lösen kann. In diesen Fällen leitet er die Frage an eine externe Arzneimittelinformationsstelle weiter. Sollte dies in meinem Fall erforderlich sein und sollte die Weiterleitung der Daten in anonymisierter Form¹ für die Beurteilung und Lösung der genannten Fragestellung nicht genügen,

- wird mich mein Apotheker vorab um mein Einverständnis zur Weitergabe meiner Daten an die externe Informationsstelle bitten. Ich bin damit einverstanden, dass mich mein Apotheker diesbezüglich auch telefonisch oder postalisch kontaktieren darf.

oder

- stimme ich der Weitergabe der Daten zu meiner Person, meinem Gesundheitszustand und meinen Arzneimitteln in einer verschlüsselten Form, die keine Rückschlüsse der Arzneimittelinformationsstelle auf meine Identität zulassen (pseudonymisiert), zu.

Anderen Personen oder Institutionen werden die Daten nicht weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.²

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich oder in Textform (E-Mail) ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich habe die Datenschutzerklärung, in der ich über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung informiert wurde, zur Kenntnis genommen. Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an den Verantwortlichen Herr Karlheinz Ilius e.K. und vertraulich an den Datenschutzbeauftragten unter der E-Mail-Adresse: Datenschutzbeauftragter@mediherz.de wenden.

Angaben zu den Patienten

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

Telefon*

E-Mail*

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Apothekenstempel

¹Anonymisieren ist das Verändern personenbezogener Daten derart, so dass sie nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand einer bestimmten Person zugeordnet werden können.

² Werden Daten beispielsweise mit dem Pflegedienst besprochen, ist dies an dieser Stelle zu ergänzen.

*Bitte für Beratungszwecke unbedingt angeben