



Martinus-Apotheke  
Postfach 2323 · 50357 Erftstadt

Christine Heift e.Kfr.  
Amtsgericht Köln HRA 18616

Telefon 02235/4693-0  
Telefax 02235/4693-30

www.deutscheinternetapotheke.de  
email info@deutscheinternetapotheke.de

## Patientendaten

Ich bin darüber informiert, dass die Martinus-Apotheke in 50374 Erftstadt Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhalten.

Ziel ist es, die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen. Dazu wird die Martinus-Apotheke im Rahmen des Arzneimittelversandes meine u.g. Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zu meinem 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 darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche ggfs. gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine

Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Martinus-Apotheke gelöscht. Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten, die Angaben zu meinen Medikamenten sowie die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Martinus-Apotheke gespeichert und ausschließlich zu o.g. Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die Daten dürfen dem Personal der Martinus-Apotheke, das der Schweigepflicht unterliegt, im Rahmen des o.g. Zweckes mitgeteilt werden.

Sofern eine Rücksprache mit dem von mir angegebenen Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass ein(e) Apotheker(in) der Martinus-Apotheke mit diesem Kontakt aufnimmt. Eine Weitergabe meiner Daten an Dritte erfolgt nicht, es sei denn, ich stimme dem ausdrücklich zu.

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

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

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

Angaben zum Patienten Geschlecht  m  w geb. am \_\_\_\_\_

### Erkrankungen

- Diabetes mellitus  Asthma bronchiale  Herz-Kreislauf-Erkrankungen  Leberinsuffizienz  
 Niereninsuffizienz  
 Andere, z.B. Allergien

Schwangerschaft/Stillzeit  Ich bin schwanger  Ich stille

Welche Arzneimittel (Name, Wirkstärke, Dosierung) wenden Sie täglich an?

Ich habe noch Fragen und bitte um Ihren Rückruf

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters