

ARZNEIMITTEL-CHECK

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

haben sich bei Ihnen über die Jahre zahlreiche Medikamente in der Hausapotheke angesammelt und Sie wissen gar nicht mehr so genau, welche noch zu verwenden sind und gegen welche Krankheiten diese wirken?

Vielleicht befürchten Sie auch, dass sich einige dieser Arzneimittel nicht mit Ihren Medikamenten, die Sie regelmäßig einnehmen müssen, vertragen?

Unser Service für Ihre Arzneimittelsicherheit

Wir bieten Ihnen an, Ihre gesamten Medikamente zu überprüfen:

- auf mögliche Wechselwirkungen untereinander
- auf mögliche Nebenwirkungen

Wir beraten Sie gerne zu allen Fragen rund um Ihre Arzneimittel:

- Dosierung
- Einnahme (wann, wie oft, vor – mit – nach dem Essen)
- Lagerung
- Haltbarkeit
- Anwendungshinweise

Was benötigen wir von Ihnen?

Füllen Sie bitte den Arzneimittelbogen mit allen Ihren Arzneimitteln aus sowie unterzeichnen Sie die Einverständniserklärungen. Falls Sie von Ihrem Arzt auch einen Plan zur Einnahme Ihrer Dauermedikamente bekommen haben, stellen Sie uns diesen bitte ebenfalls zur Verfügung. Hilfreich wäre auch ein Ausdruck Ihrer aktuellen Blutwerte – sofern vorhanden. Senden Sie uns die Dokumente zu (Mail, Fax) oder bringen Sie uns diese in der Apotheke vorbei.

Aufgrund der aktuellen Situation können wir den Check zurzeit leider nicht in einem intensiven persönlichen Gespräch in der Apotheke vornehmen, aber wir rufen Sie gerne an. Teilen Sie uns daher bitte Ihre Rufnummer mit. Wir melden uns, wenn wir Fragen haben und um Ihnen das Ergebnis unseres Checks mitzuteilen und alle Ihre Fragen zu beantworten.

Bitte teilen Sie uns auch mit:

- Welche Fachärzte besuchen Sie regelmäßig oder zumindest hin und wieder?
- Diagnosen, Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten
- Welche Fragen haben Sie zu Ihren Arzneimitteln? Welche speziellen Anliegen?
- Gab es etwas, was Sie bei Ihrem letzten Arzt- oder Apotheken-Besuch evtl. nicht (ganz) verstanden haben?

Der Check beinhaltet:

Prüfung auf mögliche Wechselwirkungen der Präparate, einschließlich der Nahrungsergänzungsmittel, Vitaminpräparate und weiteren Mittel, die nicht in der Apotheke bezogen wurden, Unterstützung und Beratung bei Anwendungsproblemen, Eintrag der Medikamente in Ihren persönlichen Medikationsplan, schriftliche Auswertung, falls gewünscht die Speicherung in unserer Kundendatei.

... und vor allem: Antworten auf Ihre Fragen zu Ihren Arzneimitteln!

Einwilligungserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Rahmen der Medikationsanalyse nach **ATHINA**

In der o.g. 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 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 der Apotheke mitgeteilten Arzneimitteln, den Gesprächen mit mir und der Apotheke, Verordnungen, Arzt- und Laborberichten oder einem vorhandenen Medikationsplan ergeben. Die Datenverarbeitung erfolgt gemäß den Richtlinien des Projekts „Medikationsanalyse nach ATHINA“ der Apothekerkammer Nordrhein. 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.

Anderen Personen oder Institutionen werden die Daten nicht weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu (z.B. Angehörige, Pflegedienst).

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten in der Apotheke erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten so lange gespeichert, wie das Patientenverhältnis besteht. 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, den Inhaber der o.g. Apotheke und vertraulich an den Datenschutzbeauftragten der Apotheke wenden.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (§ 7 Abs. 7 DSGVO). Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung.

Vor- und Nachname des Patienten, Geburtsdatum	Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)
-----------------------------------------------	--------------------------------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass der mich betreuende Apotheker direkten Kontakt mit meinem Haus- oder Facharzt aufnimmt, sofern im Rahmen dieses Medikationschecks dringende medizinisch/pharmazeutische Fragen zu klären sind. Ich entbinde für die Medikationsanalyse nach ATHINA sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch folgende Ärzte von der Schweigepflicht:

Name des behandelnden Arztes (Hausarzt)
Anschrift
Telefon / Fax

Name des behandelnden Arztes/Facharzt
Anschrift
Telefon / Fax

Name des behandelnden Arztes/Zahnarztes/Facharztes
Anschrift
Telefon / Fax

Vor- und Nachname des Patienten, Geburtsdatum	Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)
------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

Vor- und Nachname des Patienten	Anschrift
Geburtsdatum	Telefon
Krankenkasse	
Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)	

ARZNEIMITTELBOKEN- Fortführung

Name des Arzneimittels, mg	PZN	Dosierung	Einnahmegrund, Erkrankung	Haben Sie Fragen dazu?

Für Ihre Anmerkungen / Blutwerte etc.