

Einwilligung zur Erfassung von Patientendaten im Rahmen des Arzneimittelversandes

Zu meiner Sicherheit erfasst die Apotheke Daten über meinen Gesundheitszustand, zur Anwendung der Medikamente und den Inhalt der Beratungsgespräche. Dies ermöglicht ihr, mich optimal zu beraten und mich bei der Medikamentenanwendung zu unterstützen.

Die Daten werden von der Apotheke gespeichert und ausschliesslich zu oben genannten Zwecken genutzt. Das Personal unterliegt der Schweigepflicht.

Die Apotheke soll mit meinem behandelnden Arzt Kontakt aufnehmen, wenn dies zu meiner Sicherheit notwendig ist. Ich erhalte jederzeit Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten und entscheide selbst, welche gelöscht werden sollen. Die Daten werden nach der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gelöscht.

Die Auslieferung erfolgt innerhalb von 3 Arbeitstagen.

Name, Vorname:		
Strasse, Haus-Nr.:		
Postleitzahl, Ort:		
Tel.:	Fax:	E-Mail:
Angaben zum Patienten:		
Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> Gewicht: Grösse: Geburtsdatum:		
Krankenkasse: 20-stellige Karten-Nr: (beginnt mit den Zahlen 807560)		
Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bronchialasthma	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche?
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Anderes
Schwangerschaft / Stillzeit:		
<input type="checkbox"/> ich bin nicht schwanger <input type="checkbox"/> ich stille nicht		
Welche Arzneimittel nehmen Sie neben den vom Arzt verschriebenen regelmäßig ein? (Name, Wirkstärke, Dosierung):		
Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt der Apotheke übermittelt:		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur nach Rücksprache mit mir		
Datum:		
Unterschrift: (Patient oder Vertreter)		

Bitte geben Sie das Formular in der Arztpraxis ab oder senden Sie es uns an folgende Adresse: Apotheke Drogerie Spiez AG, Oberlandstrasse 13, 3700 Spiez – Vielen Dank!