

**Apothekenstempel**

## **Aktualisierung des Medikationsplans**

### **Einwilligungserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und Angaben zu Arzneimitteln und anderen Produkten, die für mich verordnet wurden bzw. die ich in der oben genannten Apotheke erhalte, für die Bearbeitung, Ergänzung und Aktualisierung meines Medikationsplans gemäß § 31 a Abs. 3 Satz 2 SGB V erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Sollte der Inhaber der Apotheke wechseln, so stimme ich einer Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Weiterhin bin ich darauf hingewiesen worden, dass ich mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift