

Einwilligungserklärung

Zustimmung zur Speicherung und Weitergabe von Teilnehmer-Kontaktdaten sowie der eingereichten, anonymisierten (!) Patientenfälle an das ATHINA-Team und die ATHINA-Tutoren

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

im Rahmen von ATHINA ist es notwendig, dass wir, das ATHINA-Team, mit Ihnen, den teilnehmenden Apothekerinnen und Apothekern, in Kontakt treten und Ihre Kontaktdaten sowie die von Ihnen bearbeiteten und eingereichten, anonymisierten Patientenfälle zur Klärung spezieller pharmazeutischer Fragestellungen an die beteiligten Tutoren weitergeben. Wenn Sie mit dieser Art der Kommunikation im Rahmen des ATHINA-Projektes einverstanden sind, bitten wir Sie, uns mitzuteilen, über welche E-Mail-Adresse wir mit Ihnen korrespondieren dürfen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen benötigen wir außerdem eine schriftliche Einwilligungserklärung von Ihnen.

An dieser Stelle möchten wir noch einen wichtigen datenschutzrechtlichen Hinweis geben. Wie Sie wissen, handelt es sich bei Patientendaten um besonders sensible personenbezogene Daten, mit denen wir besonders sorgfältig umgehen müssen. Achten Sie daher vor Weitergabe der Patientenfälle sehr genau darauf, ob Sie diese Fälle durchgehend anonymisiert haben. Kontrollieren Sie insbesondere Ihre Angaben in den Freitextfeldern, da diese nicht von der automatischen Anonymisierung des Patienten-Dokumentationsbogens erfasst werden. So machen Sie im Datenschutz alles richtig.

Durch meine Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine untenstehenden Kontaktdaten sowie die von mir bearbeiteten und eingereichten, anonymisierten Patientenfälle im Rahmen des ATHINA-Projektes der Apothekerkammer Nordrhein vom ATHINA-Team (Bernd Dewald, Dr. Katja Renner, Dörte Lange, Carina John Pharm D und Simone Küpping) gespeichert und genutzt werden dürfen. Bei Bedarf, z.B. zur Klärung spezieller pharmazeutischer Fragestellungen, bin ich außerdem damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten und die betroffenen, anonymisierten Patientenfälle an das ATHINA-Tutoren-Team der Apothekerkammer Nordrhein weitergeleitet werden.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Name, Vorname: _____

Apotheke(n) (Name/Ort): _____

Berufsbezeichnung: Apotheker PhiP Apotheker unter Aufsicht

E-Mail-Adresse für die ATHINA-Korrespondenz: _____

Ort/Datum

Unterschrift