

Antragsformular für die Erstellung einer Arzneimittelübersicht zum AOK-Medikations-Check

Für die Versicherte/ den Versicherten

Name

KV-Nr.

Ergänzende Erläuterungen:

- a) Die erhobenen Personendaten werden nicht für anderweitige Zwecke als für den „Medikations-Check“ verwendet.
- b) Der Versicherte hat jederzeit Anspruch auf Einblick in seine Medikationsdaten.
- c) Alle erhobenen Daten werden nur für vertragliche Zwecke und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet.
- d) Auf Anforderung des Versicherten wird die Arzneimittelübersicht gelöscht.
- e) Bei der Beziehung zwischen Arzt und Versicherten findet das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) Anwendung.
- f) Bei der Beziehung zwischen Arzt und Kasse, sowie Versicherten und AOK Sachsen-Anhalt finden die erweiterten Datenschutzvorschriften nach SGB X Anwendung.
- g) Der Versicherte kann sich bei datenschutzrechtlichen Fragestellungen an den Datenschutzbeauftragten der AOK Sachsen-Anhalt wenden.

Hinweise und Erklärung nach Datenschutzgesetz (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG)

Der Versicherte erklärt sich einverstanden, dass die AOK Sachsen-Anhalt seine gesamten personenbezogenen Arzneimitteldaten erhebt, speichert und verarbeitet. Die Nutzung der Daten erfolgt ausschließlich im Rahmen der in der Vereinbarung zum AOK-Medikations-Check geregelten ärztlichen Beratung und Betreuung des Versicherten durch den Hausarzt. Der Hausarzt erhält auch die Verordnungsdaten für Arzneimittel von anderen Ärzten zur Kenntnis. Eine Weitergabe der Daten durch den Hausarzt an Dritte ist nur aufgrund einer ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung des Versicherten zulässig.

Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung verarbeitet und genutzt.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Die personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Bearbeitung und für die Entscheidung meines oben genannten Antrages benötigt und verwendet.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten

per Post versenden an:

AOK Sachsen-Anhalt
PL 5.70.105
39084 Magdeburg