

**Einwilligungserklärung
Zytostatika herstellende Apotheken
in Baden-Württemberg**

Mitteilung an die

Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
Pharmazie + Wissenschaft
Villastraße 1
70190 Stuttgart

per Telefax: 0711 99347-41

Name der Apotheke

Name des/der Apothekenleiter/in

Straße

Postleitzahl und Ort

Telefon

Telefax

E-Mail*

* Bitte geben Sie keine personalisierte E-Mail-Adresse an. Da sich personalisierte E-Mail-Adressen oft ändern, eignen sich nur allgemeine E-Mail-Adressen zur Veröffentlichung

Hiermit erkläre ich verbindlich, dass in meiner Apotheke Zytostatika nach den geltenden rechtlichen Bestimmungen, insbesondere der Zytostatika-Richtlinie, hergestellt werden. **Mit der Erhebung und Speicherung sowie Veröffentlichung der oben gemachten Angaben Apothekename, Name des/der Apothekenleiter/in, Apothekenanschrift, Telefon- und Telefaxnummer, E-Mail-Adresse in der „Liste der Zytostatika herstellenden Apotheken in Baden-Württemberg“ erkläre ich mich einverstanden.** Die Liste wird bei der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg geführt und auf Anfrage an das Sozialministerium Baden-Württemberg, die Regierungspräsidien, Apotheken, Ärzte und Patienten weitergegeben. Sie hilft damit die Versorgung der Bevölkerung mit Zytostatika sicherzustellen. Daneben wird die Liste auf der Homepage der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg im öffentlichen Teil bekannt gemacht.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In diesem Fall werden die Daten gelöscht und aus der „Liste der Zytostatika herstellenden Apotheken in Baden-Württemberg“ gestrichen. Weiter ist mir bekannt, dass die Angaben freiwillig sind und ich jederzeit von meinem Auskunfts- und Berichtigungsrecht Gebrauch machen kann.

Ich werde die Landesapothekerkammer Baden-Württemberg informieren, wenn sich bei den gemachten Angaben Änderungen ergeben.

Ort, Datum

Unterschrift des Apothekenleiters/der Apothekenleiterin