

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DFA:**

Fax: 089 9262-908 / E-Mail: [info@wipig.de](mailto:info@wipig.de)

**Betreff: Aufnahme in die Liste der am Konzept „Demenzfreundliche Apotheke“ teilnehmenden Apotheken aus unserer Region**

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Apotheke mit den unten genannten Kontaktdaten in der Liste der am Konzept „Demenzfreundliche Apotheke“ teilnehmenden Apotheken aus unserer Region mit aufgeführt wird.  
Diese Liste ist einsehbar unter: <https://www.wipig.de/materialien/projekte-downloads/item/demenzfreundliche-apotheke>
- Außerdem dürfen meine Kontaktdaten, v. a. die E-Mail-Adresse, verwendet werden, um seitens der BLAK, des WIPIG und des Qualitätszirkels Informationen über das Projekt sowie die WIPIG-Newsletter zu erhalten. Diese Einwilligung ist jederzeit widerruflich.
- Es ist mir bewusst, dass die Apotheke erst aufgenommen werden kann, wenn ein/e Apotheker/in aus der Apotheke an allen drei Schulungen teilgenommen hat und in unserer Region alle weiteren Bedingungen (Vernetzung der Apotheken mit regionalen Institutionen, Mindestteilnehmerzahlen erreicht) zum Start des Projektes erfüllt sind. Zudem bin ich mir bewusst, dass die dauerhafte Teilnahme am Projekt das Mitwirken im lokalen Qualitätszirkel oder im WIPIG-Web-Zirkel Demenzfreundliche Apotheke sowie regelmäßige Fortbildung zum Thema Demenz, jeweils mindestens einmal pro Jahr, erforderlich ist.

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

\_\_\_\_\_  
*Name und Unterschrift Apothekenleitung*

**Name, ggf. Titel, Vorname der Apothekenleitung:** \_\_\_\_\_

**Apothekenname:** \_\_\_\_\_

**Straße, PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Stadt bzw. Landkreis:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Tel.:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adressen interessierter Mitarbeiter, die ebenfalls per Newsletter informiert bleiben wollen + deren Unterschrift:**

\_\_\_\_\_  
An den Schulungen teilgenommen hat: \_\_\_\_\_

Und zwar an folgenden drei Terminen:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_