

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für eine Kundenkarte

Kunde

Kundennr.:

Name:

Straße:

Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Führen einer Patientendatei (Kundenkarte)

In der oben genannten Apotheke wird für mich eine elektronische Patientendatei geführt. Dazu werden die oben genannten Daten sowie Daten zu meinen Erkrankungen, meinen behandelnden Ärzten und meiner Arzneimitteltherapie, die sich aus vorgelegten Verordnungen oder OTC-Verkäufen ergeben, sowie ggf. Informationen über die Befreiung von der Zuzahlung erfasst. Meine Daten werden hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Zudem dient die Kundenkarte dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen (Zuzahlungsbescheinigung).

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu. Sollte der Inhaber der Apotheke wechseln, so stimme ich einer Weitergabe meiner Daten an den neuen Inhaber zu.

Ich bin damit einverstanden, dass das pharmazeutische Personal der Apotheke, sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme auch aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Arzneimitteln ergeben, Kontakt aufnimmt mit meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich oder in Textform (E-Mail) ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ich habe die Datenschutzerklärung, in der ich über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung und dem nationalen Datenschutzrecht informiert wurde, zur Kenntnis genommen.

Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an den Verantwortlichen [Apothekerin Juliane Friese, Brückenstraße 7, 15370 Fredersdorf] und vertraulich an den Datenschutzbeauftragten [Markus Malo, Topsweg 45, 41366 Schwalmtal] wenden.

Hinweis in werbliche Leistungen:

Auf alle freiverkäuflichen Produkte erhalten Sie 3% Rabatt.

Ich möchte regelmäßig über Angebote und Aktionen der Apotheke informiert werden

Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke mir Gutscheine und Grußkarten zu Geburtstagen, Feiertagen und anderen besonderen Anlässen zuschickt.

Apotheke am Mühlenfließ

Frau Juliane Friese

Brückenstraße 7

15370 Fredersdorf

033439/188 637

kontakt@apotheke-fredersdorf.de

Name	Anschrift
Geburtsdatum	Telefon/Email (freiwillige Angabe)
<hr/> <p>Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)</p>	