

Einwilligungserklärung für eine Kundenkarte

unter Beachtung der DS-GVO

In der Rats-Apotheke wird für mich eine elektronische Patientendatei geführt. Dazu werden die unten 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 von Mitarbeitern der Apotheke, welche 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.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme auch aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Arzneimitteln ergeben, wird mich die Rats-Apotheke um mein Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme bitten und ihn über diese anderweitige Medikation unterrichten. Ich bin damit einverstanden, dass mich mein Apotheker diesbezüglich auch telefonisch oder postalische kontaktieren darf.

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 Rats-Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an die Verantwortliche

Apothekerin Jutta Sommer
Bahnhofstraße 25, 64720 Michelstadt
Telefon: 06061 – 2324, Telefax: 06061 – 72728
Email: info@rats-apotheke-michelstadt.de

und vertraulich an den Datenschutzbeauftragten wenden.

Holger Schwarzer
A&A Arbeitsschutz GmbH
Kölner Straße 76, 41812 Erkelenz
E-Mail: ds-beauftragter@aa-arbeitsschutz.de

Einwilligung in den Datenschutz zu weiteren Zwecken

- 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.

Dies auch unter Einbeziehung von externen Dienstleistern, denen wir zu diesem Zweck Ihre Adressdaten übermitteln. Auch diese Einwilligung ist jederzeit mit künftiger Wirkung widerruflich. Der Widerruf kann mündlich, per Email oder schriftlich erfolgen.

Anrede:	
Vorname:	
Name	
Geburtstag	
Straße, Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Telefon	
Mobil	
Email	
Krankenkasse	
Befreit	
Ggf. bis wann	
Kartenummer	

Hinweis: Die Kundenkarte der Rats-Apotheke ist kostenlos, ihre Nutzung erfolgt freiwillig. Die Rats-Apotheke haftet nicht für die Vollständigkeit der gespeicherten Daten oder bei Datenverlust.

Datum

Unterschrift Kunde

Rats-Apotheke