

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz zur Datenspeicherung für die Kundendatei



der Apotheken-Markt

speichert im Rahmen meiner Kundendatei folgende Stammdaten:

Name: **Vorname:**

Anschrift:

Tel.-Nummer (freiwillig): **E-Mail-Adresse**(freiwillig)

Geburtsdatum(freiwillig):

und meine gesundheitsbezogene Daten (z. B. behandelnder Arzt, Allergien, Erkrankungen, Kostenträger) sowie Angaben zu meiner Medikation. Im Einzelfall werden auch Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln, dem Inhalt von Beratungsgesprächen, dem Abgleich von Interaktionen gespeichert. Darüber hinaus dient die Kundenkarte der Erstellung von Belegen über meine geleisteten Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation zur Vorlage bei den Krankenkassen und dem Finanzamt. Die dafür erforderlichen Daten werden ebenfalls gespeichert. Ferner dienen die o.g. Daten z.B. dem Erkennen von Wechselwirkungen, der Minderung von Arzneimittelrisiken und/oder der allgemeinen pharmazeutischen Betreuung.

Meine personenbezogenen Daten werden nicht zu anderen Zwecken verwendet, als den hier umschriebenen. Im Rahmen der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen ist meine Einwilligung hierzu erforderlich.

Ich stimme hiermit ausdrücklich zu, dass die oben genannten Daten und Angaben in der Apotheke gespeichert werden. Darüber hinaus bin ich mit der Speicherung meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten, Selbstmedikation) einverstanden. Ich stimme ferner zu, dass meine personenbezogenen Daten zu Arzneimitteln und zu sonstigen verordneten und in der Apotheke erhaltenen Produkten auf meinen Wunsch für einen Medikationsplan nach § 31a Abs. 3 Satz 2 SGB V verwendet werden können.

Ich wurde darüber informiert, dass der/die Apothekeninhaber/in und das Personal der Schweigepflicht unterliegen und die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben werden. Sollte aufgrund arzneimittelbezogener Probleme eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten/Zahnärzten nötig sein, bin ich damit einverstanden, dass das pharmazeutische Personal der Apotheke diesen Kontakt aufnimmt. Ferner entbinde ich für diesen Fall meinen Arzt/Zahnarzt von der Schweigepflicht.

Ich wurde auf die Möglichkeit zur Einsichtnahme der nach Art. 13 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bereitzustellenden weiteren Informationen (Recht auf Auskunft zu personenbezogenen Daten) hingewiesen.

Ich kann jederzeit kostenfrei Einsicht in meine Daten sowie schriftliche Auskunft darüber erhalten. Ich kann bestimmen, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden müssen. Soweit keine anderen gesetzlichen Vorschriften längeren Aufbewahrungsfristen vorsehen, erfolgt eine Löschung meiner Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen durch formlose Erklärung für die Zukunft widerrufen werden. In diesem Fall verliert die Kundenkarte ihre Gültigkeit.

Sollte ich Fragen zum Datenschutz und meiner Kundendatei haben, kann ich diese jederzeit stellen und mich darüber hinaus vertraulich an den Datenschutzbeauftragten der Apotheke Delta Med Süd, Tel. 07141 974570, E-Mail: info@deltamed24.de wenden.

Ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

() Ich möchte künftig über Angebote und Aktionen der Apotheke informiert werden und bin mit einer Kontaktaufnahme aus besonderen Anlässen (z.B. Geburtstage) einverstanden.

Ort, Datum:

Name:

Unterschrift: