Mary's Apotheke Neuried

Mary's Apotheke Neuried
Frau Brigitte Haas e.K.
Forstenrieder Str. 14 · 82061 Neuried
(i. F. Apotheke genannt)

KUNDENKARTE

Ich möchte die Vorteile einer persönlichen Kundenkarte nutzen und willige in deren Erstellung ein.

Folgende personenbezogenen Daten werden für die Kundenkarte erstmalig erfasst:

Name, Vorname:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtstag:

Hausarzt:

Krankenkasse:

Befreit bis:

Versichertenstatus:

Versicherten-Nr:

Einwilligungserklärung zum Datenschutz nach DSGVO

Ich willige ein, dass die Apotheke meine personenbezogenen Daten für die pharmazeutische Betreuung erhebt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Aufgaben wie die Rezeptabwicklung, die Erfassung meiner Eigenleistungen zur Vorlage bei Krankenkasse oder Finanzamt sowie die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplanes gemäß SGB V zu erfüllen. Ich bin damit einverstanden, dass neben den personenbezogenen Stammdaten auch gesundheitsbezogene Daten, wie bspw. zu Medikation, Gesundheitszustand und Beratungsgesprächen gespeichert werden. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten zu Medikation oder vergleichbaren Informationen nötig ist, bin ich mit der Einholung von Auskünften einverstanden.

Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte darf nicht ohne meine Zustimmung erfolgen, es sei denn übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (wie bspw. an Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, auftragsdatenverarbeitende Dienstleister). Ich bin damit einverstanden, dass meine zur pharmazeutischen Betreuung notwendigen Daten im Zugriff aller evtl. vorhandenen Filialen der Apotheke, sowie innerhalb der ggf. im Verbund angeschlossenen Apotheken sind und dort ebenso gespeichert werden. Ich wurde über die näheren Einzelheiten dazu ausdrücklich informiert.

Sollte der Inhaber der Apotheke wechseln, so stimme ich einer Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber zu.

Ich bin jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten sowie eine schriftliche Auskunft zu erhalten. Ich kann zudem jederzeit deren Berichtigung und Löschung fordern, sofern keine übergeordneten gesetzlichen Vorschriften die Datenspeicherung weiterhin erfordern.

Ich erteile diese Einwilligung freiwillig und kann sie für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen. In diesem Fall verliert die Kundenkarte ihre Gültigkeit.

☐ **Ja,** ich bin damit einverstanden, Informationen zu Gesundheitsthemen (wie Produkten, Sonderaktionen, Vorträgen u.ä.) sowie persönliche Nachrichten (wie Geburtstagswünsche) schriftlich / digital * (*Nichtzutreffendes streichen) von meiner Apotheke zu erhalten.

☐ **Nein,** ich möchte keine weiteren Informationen und Nachrichten erhalten.

Ein Exemplar der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Datum, Ort

Unterschrift der Kundin / des Kunden