

## Einwilligungserklärung zur Kundenkarte

Hiermit beantrage ich die Ausstellung meiner Kundenkarte.

Kundennummer:

(wird von der Apotheke ausgefüllt)

Anrede  Herr  Frau

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_ Tel.-Nummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Allergien etc. \_\_\_\_\_

Um Ihnen eine umfassende und bestmögliche Beratung zu bieten, speichern wir für Sie in unserer elektronischen Patientendatei neben Ihren unten angegebenen Daten ihre Gesundheitsdaten wie Medikamente, Allergien und andere Unverträglichkeiten oder bestehende Erkrankungen.

### **Die in der elektronischen Kundenkartei unserer Apotheke gespeicherten personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zu Ihrer Person nutzen wir für die folgenden Zwecke und Leistungen:**

- Wir können Sie besonders umfassend und bestmöglich beraten. Unsere Mitarbeiter wissen, welche Medikamente sie bislang von unserer Apotheke erhalten haben.
- Wir sehen, ob Sie von Zuzahlungen befreit sind. Ihre Befreiungsbescheinigung müssen Sie nur einmalig für das Kalenderjahr vorlegen.
- Wir prüfen ihre Arzneimittel auf die Verträglichkeit mit Grunderkrankungen und Wechselwirkungen.
- Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre Daten für die Bearbeitung, Erstellung und Aktualisierung ihres Medikationsplanes gemäß 5 31a SGB V sowie für Zwecke der pharmazeutischen Beratung und der Medikationsanalyse, z.B. des Abgleiches von Arzneimittelwechselwirkungen.
- Bei Fragen oder Unklarheiten zu Rezepten, ärztlichen Empfehlungen sowie Wechselwirkungen oder Nichtlieferfähigkeit bestimmter Arzneimittel kontaktieren wir Ihren Arzt.
- Sie erhalten auf Wunsch eine Sammelquittung / Zuzahlungsbescheinigung für die Rückerstattung von Rezeptgebühren durch die Krankenkasse oder für das Finanzamt.
- Rabatt auf nicht apothekenpflichtige Artikel in Höhe von 3 Prozent.

Folgende Arten von Daten werden zu den oben genannten Zwecken genutzt bzw. gespeichert:

Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kundennummer, Kontaktdaten wie z. B.: Telefonnummer und E-Mail-Adresse, Versichertenverhältnis, Abrechnungsstatus z. B: Zuzahlungsbefreiung und Krankenkassennummer, Kontaktaufnahme im Belieferungsfall, Arzneimittelunverträglichkeiten, Abverkäufe von Waren und Dienstleistungen.

Mir ist bekannt, dass ich unentgeltlich eine schriftliche Auskunft zur Speicherung meiner Daten erhalten kann. Ich habe jederzeit das Recht eine Löschung der Daten zu verlangen, soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungsfristen vorgeben. Vier Jahre nach der letzten Eintragung werden meine Daten gelöscht.

**Hiermit erkläre ich ausdrücklich und freiwillig meine Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten personenbezogenen Daten durch die Neptun Apotheke Inh. Anette Ibrahim e.K.**

**Meine Einwilligung bezieht sich neben meinen personenbezogenen Daten auch auf alle Daten zu Medikationen und zu Arzneimitteln und Produkten, die ich in der Neptun Apotheke Inh. Anette Ibrahim e.K. erhalte bzw. erwerbe.**

Eine Weitergabe meiner Kundenkartendaten an unbefugte Dritte findet nicht statt. Sollte der Inhaber der Apotheke wechseln, so stimme ich einer Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber zu.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt.

Weiterhin bin ich darauf hingewiesen worden, dass ich meine Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich an: Neptun Apotheke, Dircksenstr. 2, 10179 Berlin widerrufen werden kann.

Im Fall des Widerrufs kann ich die Löschung meiner Kundendaten verlangen, sofern nicht gesetzliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Die Erklärung zu den Informationspflichten nach Datenschutz-Grundverordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Für Fragen zum Schutz meiner Daten in der Apotheke steht der Datenschutzbeauftragte der Apotheke zur Verfügung.

Zusendung zu eigenen Werbe- bzw. Informationszwecken per Post

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Neptun Apotheke meine Daten für den Versand von persönlichen Einladungen zu Aktionen rund um das Thema Gesundheit und Wellness nutzt.

Zusendung von Geburtstagsgrüßen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Neptun Apotheke meine Daten für den Versand von Geburtstagsgrüßen verwendet.

Zusendung von E-Mails zu Aktionen der Neptun Apotheke

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Neptun Apotheke meine Daten für den Versand von Informationen rund um das Thema Gesundheit und Wellness nutzt.

---

Datum

---

Unterschrift des Kunden