



Central-Apotheke Walldürn / Jan Reuter e.K.
Obere Vorstadtstr. 3, 74731 Walldürn
Tel: 06282-1507 / info@centralapo.de
(i.F. Apotheke genannt)

Einwilligungserklärung zum Datenschutznach DSGVO

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

Ich willige ein, dass die Apotheke meine personenbezogenen Daten zur pharmazeutischen Betreuung erhebt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Aufgaben wie Rezeptabwicklung, die Erfassung meiner Eigenleistungen zur Vorlage bei Krankenkasse oder Finanzamt sowie Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplanes gemäß SGB V zu erfüllen.

Ich bin damit einverstanden, dass neben den personengebundenen 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 oder 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 angeschlossener Apotheken sind und dort ebenso gespeichert werden. Ich wurde über die näheren Einzelheiten dazu ausdrücklich informiert.

Ich bin jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten sowie eine schriftliche Auskunft zu erhalten. Ich kann zudem jederzeit deren Berechtigung 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 Geburtstagswünschen, Rückfragen zu Bestellungen etc.) schriftlich / digital von meiner Apotheke zu erhalten.

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon:

Email:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

Datum, Unterschrift: _____