

Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung Kundendatei/ Kundenkarte



Apotheke Helle Mitte Heike Häring e.K.
Fritz-Lang-Platz 6 12627 Berlin
Telefon: 030 – 99 40 10 40
Telefax: 030 – 99 40 10 41
service@apo-hellemitte.de

Um Ihnen eine umfassende und bestmögliche Beratung und Betreuung zu bieten, speichern wir in unserer elektronischen Kundendatei neben Ihren unten angegebenen Daten Ihre Gesundheitsdaten wie Arzneimittel, Allergien und andere Unverträglichkeiten oder bestehende Erkrankungen.

Die in der Kundenkartei gespeicherten Daten 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 pro Kalenderjahr vorlegen. Sie gestatten uns, Kopien oder Fotografien der Befreiungsbescheinigung anzufertigen und zu speichern.
- 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 § 31a SGB V sowie für Zwecke der pharmazeutischen Beratung und der Medikationsanalyse, z.B. des Abgleiches von Arzneimittelwechselwirkungen und geben diese an die behandelnden Ärzte weiter, die diese Daten ebenfalls zu den diesen Zwecken verarbeiten und nutzen.
- Bei Fragen oder Unklarheiten zu Rezepten und ärztlichen Empfehlungen bestimmter Arzneimittel kontaktieren wir Ihren Arzt.
- Die Kundendatei wird in unserer Hauptapotheke, der Abteilung zur Herstellung patientenindividueller Sterilrezepturen, der Versandabteilung und der kaufmännischen Verwaltung gespeichert, damit Sie und unsere Mitarbeiter in jeder unserer Betriebsstätten Zugriff auf Ihre gespeicherten Daten haben und diese ergänzen können.
- Sie können kostenfrei eine Sammelquittung (Zuzahlungsbescheinigung) für die Rückerstattung von Rezeptgebühren durch die Krankenkasse oder für das Finanzamt erhalten.
- Sie erhalten 3% Rabatt auf alle Freiwahlartikel unseres Sortiments am Fritz-Lang-Platz 6!

Hiermit beantrage ich die Ausstellung meiner kostenlosen Kundenkarte.

Name / Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum*: _____

Telefonnummer *: _____

Bekannte Allergien/
Unverträglichkeiten*: _____

Krankenkasse*: _____ Versicherten-Nr. *: _____

Zuzahlungsbefreiung*: ja nein falls ja, bis: _____

(* freiwillige Angaben; bei Inanspruchnahme des apothekeneigenen Botendienstes oder Zustellung auf dem Versandwege ist die Angabe der Zustellanschrift und einer Telefonnummer zwingend!)

Hiermit erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten personenbezogenen Daten sowie meiner Gesundheitsdaten durch die Apotheke Helle Mitte Heike Häring e.K.

Apotheker, Apothekenmitarbeiter und sonstige Personen, die an der beruflichen Tätigkeit des Apothekers mitwirken (z.B. Rechenzentren, IT-Dienstleister), unterliegen der Schweigepflicht.

Eine Weitergabe meiner Daten 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 widerrufen kann.

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

Spätestens 3 Jahre nach dem letzten Bezug von Produkten oder Dienstleistungen der Apotheke werden meine Daten gelöscht, sofern nicht gesetzliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Die Erklärung zu den Informationspflichten nach Datenschutz-Grundverordnung / Aushang zur Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen. Ich kann diese auch später nochmals im Internet einsehen unter:

https://www.apo-hellemitte.de/datenschutz/aushang/HM_Aushang_zur_Datenschutzerklaerung_Mai_2018.pdf



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

Eine Kopie dieser Erklärung wurde mir ausgehändigt.

Berlin, den _____

Unterschrift des Kunden: _____
(ggf. gesetzlicher Vertreter)