

Einwilligung zum Führen einer Patientendatei (Kundenkarte)

In der Werntal-Apotheke wird für mich eine elektronische Patientendatei geführt. Dazu werden die unten genannten Daten sowie Daten zu meinen Erkrankungen, meinen behandelnden Ärzten und meiner Arzneimitteltherapie, die sich aus vorgelegten Verordnungen oder OTC-Verkäufen ergeben, sowie ggf. Informationen über die Befreiung von der Zuzahlung erfasst. Meine Daten werden hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Zudem dient die Kundenkarte dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen (Zuzahlungsbescheinigung).

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme auch aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Arzneimitteln ergeben, wird mich mein Apotheker um mein Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme bitten und ihn über diese anderweitige Medikation unterrichten. Ich bin damit einverstanden, dass mich mein Apotheker diesbezüglich auch telefonisch oder postalisch kontaktieren darf.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls berichtigt oder gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ich habe die Datenschutzerklärung, in der ich über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung und dem nationalen Datenschutzrecht informiert wurde, zur Kenntnis genommen.

Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an den Verantwortlichen Apothekeninhaber Daniel Amthor und/oder auch an die Datenschutzbeauftragte Lisa Schneider wenden.

Ich möchte regelmäßig über Angebote und Aktionen der Apotheke informiert werden (Sonderaktionen, Vorträge u.ä.)

Name	Anschrift
Geburtsdatum	Freiwillige Angaben
	Telefon:
	E-Mail:
Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)	