



Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung für Servicekarten

Ich bin darüber informiert worden, dass die **Schloss-Apotheke in 64832 Babenhausen** im Zusammenhang mit meiner Servicekarte meine pharmazeutische Betreuung übernimmt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme (z. B. Wechselwirkungen) zu erkennen und zu lösen. Darüber hinaus dient die Servicekarte der Erstellung von Belegen über meine geleisteten Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation zur Vorlage bei den Krankenkassen und dem Finanzamt.

Dazu ist es notwendig, **personenbezogene Stammdaten (insbesondere Name, Anschrift, Kontaktdaten) und gesundheitsbezogene Daten (z. B. Allergien) sowie Angaben zu meiner Medikation zu speichern.** Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln, der Inhalt von Beratungsgesprächen, der Abgleich von Interaktionen sowie die Erhebung meiner Eigenleistungen. Diese Daten ermöglichen meine optimale Beratung und Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung sowie die Quittierung meiner Eigenleistungen gegenüber Krankenkassen und Finanzamt. Die Angabe des Geburtsdatums erfolgt auf freiwilliger Basis. Das Geburtsdatum ist aber wichtig zur Beurteilung einer altersgerechten Medikation. Eine Verwendung meiner personenbezogenen Daten zu anderen Zwecken erfolgt nicht. Damit die Schloss-Apotheke diese Leistung erbringen kann, ist meine Einwilligung hierzu erforderlich.

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten, die zu meiner pharmazeutischen Betreuung notwendig sind und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Schloss-Apotheke gespeichert werden. Darüber hinaus bin ich mit der Speicherung meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten, Selbstmedikation) einverstanden.

Da der/die Apothekeninhaber/in und das Personal der Schloss-Apotheke der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke diesen Kontakt aufnimmt.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir erhobenen personenbezogenen Daten und Angaben zu Arzneimitteln und anderen Produkten, die für mich verordnet wurden bzw. die ich in der Schloss-Apotheke erhalte, auf meinen Wunsch für die Aktualisierung eines Medikationsplans nach § 31a Abs. 3 Satz 2 SGB V verwendet werden können.

Die Schloss-Apotheke bietet die Möglichkeit der Bezahlung der Einkäufe über eine Monatsrechnung an. Wenn ich diese Option wahrnehme, bin ich damit einverstanden, dass die dafür erforderlichen Daten gespeichert werden.

Auf die Möglichkeit zur Einsichtnahme der nach Art. 13 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bei der Erhebung personenbezogener Daten in der Apotheke bereitzustellenden weiteren Informationen bin ich hingewiesen worden.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in meine Daten sowie schriftliche Auskunft darüber erhalten und selbst entscheiden, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen (z.B. Betäubungsmittelgesetz, Transfusionsmittelgesetz), werden meine Daten 3 Jahre nach der letzten Eintragung von der Schloss-Apotheke gelöscht.

- Ich bin damit einverstanden, dass mir die Schloss-Apotheke Einkaufsgutscheine der Schloss-Apotheke und Glückwunschkarten zu runden Geburtstagen zuschickt.
- Ich möchte in Zukunft Informationen zu Produkten, Neuigkeiten und Aktionen der Schloss-Apotheke per email erhalten.
Meine email-Adresse:
- Ich bin damit einverstanden, dass nachfolgend benannte Person die über mich gespeicherten Daten abfragen und nutzen sowie in Notfällen informiert werden kann:

Frau/Herr

wohnhaft

Telefon

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen durch formlose Erklärung für die Zukunft widerrufen werden. In diesem Fall verliert die Servicekarte ihre Gültigkeit.

Der/die Datenschutzbeauftragte ist unter den oben genannten Kontaktdaten erreichbar.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen. Ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Name:

Vorname: Geburtsdatum

Anschrift:

.....

Tel.-Nummer:

Krankenkasse

Ort, Datum:

Unterschrift: