

Muster Einwilligungserklärung für eine Kundenkarte unter Beachtung der DS-GVO

Bitte beachten Sie, dass es sich um ein nach bestem Wissen gefertigtes Muster handelt, dass noch auf jede Apotheke individuell angepasst werden muss. Eine Übernahme der Haftung oder sonstige Gewährleistung für die Richtigkeit und Vollständigkeit wird nicht übernommen. Sofern die Einwilligungserklärung für die Speicherung bzw. den Zugriff in allen Filialen vorgesehen ist, weisen Sie bitte in diesem Formular daraufhin. Bitte fügen Sie noch die Kontaktdaten des Betriebserlaubnisinhabers ein. Sofern Sie einen Datenschutzbeauftragten haben, legen Sie ihm diese Erklärung zur Prüfung vor und tragen seine Kontaktdaten ein. Sofern Sie noch weitere Zwecke, als unten beschrieben, mit der Kundenkarte verbinden wollen, beschreiben Sie diese Zwecke und ermöglichen Sie dem Patienten, diese durch Ankreuzen auszuwählen.

Führen einer Patientendatei (Kundenkarte)

In der unten genannten 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 postalische kontaktieren darf.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls 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 oder in Textform (E-Mail) 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 [Betriebserlaubnisinhaber mit Kontaktdaten] und vertraulich an den Datenschutzbeauftragten [Kontaktdaten] wenden.

- Ich möchte regelmäßig über Angebote und Aktionen der Apotheke informiert werden

- Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke mir Gutscheine und Grußkarten zu Geburtstagen, Feiertagen und anderen besonderen Anlässen zuschickt.

Name	Anschrift
Geburtsdatum	Telefon/Email (freiwillige Angabe)
<hr/>	
Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)	