

KUNDENKARTENANTRAG

Eschbach-Apotheke

Philos Sthapit
Alt Niedereschbach 2
60437 Frankfurt

Gartenfeld-Apotheke

Dörthe Sthapit
Gartenfeldstr. 51
61350 Bad Homburg

Saalburg-Apotheke

Philos Sthapit
Homburger Landstr. 674
60437 Frankfurt

(Hauptapotheke bitte ankreuzen)

Einwilligungserklärung nach §4a Bundesdatenschutzgesetz

Durch die kostenlose Kundenkarte ist die automatisierte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in der Apotheke sowie eventuell dazugehörigen Filialen erforderlich. Ich bin darüber informiert worden, dass die Apotheke meine pharmazeutische Betreuung übernimmt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme zu erkennen und zu lösen. Darüber hinaus dient auf meinen Wunsch hin die Kundenkarte der Erstellung von Belegen über meine geleisteten Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation zur Vorlage durch mich bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt. Ich bin deshalb damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten, die zu meiner pharmazeutischen Betreuung notwendig sind und die daraus gewonnenen Erkenntnisse (z. B. Wechselwirkungen von Medikamenten) in der Apotheke gespeichert sowie genutzt werden und im Zugriff aller Filialen des/der Apothekers/Apothekerin stehen. Darüber hinaus bin ich mit der Speicherung meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten, Selbstmedikation) einverstanden. Die Apotheke ist nicht berechtigt, meine personenbezogenen Daten an Dritte weiterzugeben, es sei denn übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (wie bspw. Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, Auftragsdatenverarbeitende Dienstleister). Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke diesen Kontakt aufnimmt. Mir ist bekannt, dass meine Angaben gemäß § 4 BDSG freiwillig erfolgen. Gemäß §§ 34, 35 BDSG bin ich jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung, Sperrung und Löschung zu verlangen. Ich bin darüber informiert, dass ich diese freiwillige Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der Apotheke widerrufen kann. Bei erfolgtem Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine gespeicherten Daten unverzüglich zu löschen, ersatzweise zu sperren.

Ja, ich bin damit einverstanden, weitere Informationen zu Gesundheitsthemen per Post / E-Mail / SMS*
(* Nichtzutreffendes streichen) von meiner Apotheke zu erhalten.

Nein, ich möchte keine weiteren Informationen zu Gesundheitsthemen.

* Name, Vorname:

* Straße / Hausnr.:

* PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtstag:

Hausarzt:

Status: Gebührenpflichtig / Befreit

* Befreit bis:

* Krankenkasse:

Datum, Unterschrift: _____

* **Pflichtangaben**