

Einwilligungserklärung zur Kundenkarte

Mit der kostenlosen Kundenkarte unserer Apotheke erhalten Sie jederzeit **eine umfassende und bestmögliche Beratung**. Die Karte ermöglicht uns die Verarbeitung, Erstellung und Aktualisierung Ihres **Medikationsplanes gemäß § 31a Abs.3 Satz 2 SGB V** sowie die Durchführung eines individuellen Interaktionschecks und eine automatische Überprüfung bei jedem Medikamentenkauf für Ihre Sicherheit.

Zudem dient die Kundenkarte dazu, einen **Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse und dem Finanzamt** zu erstellen. Sie erhalten **3% Rabatt auf alle frei verkäuflichen Arzneimittel und Produkte** unseres Sortimentes. Zu besonderen Anlässen gratulieren wir Ihnen und haben eine kleine Überraschung für Sie.

Ich bin damit einverstanden, dass meine **personen- und gesundheitsbezogenen Daten** in der Apotheke gespeichert werden. Sollte der Inhaber der Apotheke wechseln, so stimme ich einer Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber zu. Die Apotheke ist nicht berechtigt, diese Daten an unbefugte Dritte weitergeben. Ich bin, falls notwendig, mit einer Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten durch die Apotheke einverstanden.

Mir ist bekannt, dass **meine Angaben freiwillig** erfolgen. Ich bin **jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten zu erhalten, sowie deren Berichtigung, Sperrung bzw. Löschung zu verlangen**.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der Apotheke widerrufen. Bei Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine Daten unverzüglich zu löschen bzw. zu sperren, sofern nicht gesetzliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen, spätestens aber Jahre nach meinem letzten Besuch in der Apotheke werden sie gelöscht.

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

Name, Vorname:

Geburtstag*:

Anschrift*:

Telefon-Nr.*:

Bekannte Allergien*:

Krankenkasse*:

Versicherten-Nr.*:

Zuzahlungsbefreiung*:

falls ja, bis

Hausarzt*:

Datum, Unterschrift:

(* freiwillige Angabe)