

 <p>Apotheken für Spezialversorgungen OHG</p>	<p>F01.02.05.08 Einwilligungserklärung Kundenkarte</p>	<p>Versionsnummer 02/22</p> <p>Seite: Seite 158 von 720 Seite 158 von 720</p> <p>Stand: 12.10.2022</p> <p>DIN EN ISO: 9001:2015</p>
--	---	---

F01.02.05.08 Einwilligungserklärung Kundenkarte
Einwilligungserklärung
zur Datenspeicherung für die Kundenkarte

Ich bin darüber informiert worden, dass die **Apotheken für Spezialversorgungen OHG** im Zusammenhang mit meiner Kundenkarte meine pharmazeutische Betreuung übernimmt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme (z. B. Wechselwirkungen) zu erkennen und zu lösen. Dies mit dem Ziel die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Darüber hinaus dient die Kundenkarte 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, meine unten genannten Stammdaten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Kontaktdaten) und meine gesundheitsbezogenen Daten (z. B. behandelnder Arzt, Allergien, Erkrankungen, Kostenträger) sowie Angaben zu meiner Medikation in unserer Kundendatei zu speichern. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, körperlicher Verfassung, 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. Eine Verwendung meiner personenbezogenen Daten zu anderen Zwecken erfolgt nicht. Damit meine Apotheke diese Leistung erbringen kann, ist meine Einwilligung hierzu erforderlich.

Da die Apothekeninhaberin und das Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten/Zahnärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch meinen Arzt/Zahnarzt von der Schweigepflicht.

Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten 3 Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht. Die Kundeninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen durch formlose Erklärung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden.

Version 2/ 2022 12.10.2022	Ersteller: SM/AB	Freigabe siehe Versionsverzeichnis	nächste Überarbeitung 03.2023 oder bei Bedarf
-------------------------------	---------------------	------------------------------------	--

 <p>Apotheken für Spezialversorgungen OHG</p>	<p>F01.02.05.08 Einwilligungserklärung Kundenkarte</p>	<p>Versionsnummer 02/22</p> <p>Seite: Seite 159 von 720 Seite 159 von 720</p> <p>Stand: 12.10.2022 DIN EN ISO: 9001:2015</p>
--	---	---

Ich bin damit einverstanden, dass mir die Apotheke Grußkarten zu besonderen Anlässen zuschickt.

ja nein

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkassen / Nr.:

Anschrift:

.....

Tel.-Nummer/
E-Mail-Adresse:

(freiwillig)

Ort, Datum:

Unterschrift:

Version 2/ 2022 12.10.2022	Ersteller: SM/AB	Freigabe siehe Versionsverzeichnis	nächste Überarbeitung 03.2023 oder bei Bedarf
-------------------------------	---------------------	------------------------------------	--