

Antrag auf eine kostenlose Kundenkarte/Nummer:
(einzutragen von Ihrer Apotheke)

| | | | |
|---------------|-------|--------------|-------|
| Name | _____ | Telefon | _____ |
| Vorname | _____ | Mobiltelefon | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | Email | _____ |
| Familienstand | _____ | Telefax | _____ |
| Krankenkasse | _____ | Straße | _____ |
| befreit bis | _____ | PLZ Ort | _____ |

Einverständniserklärung nach § 4 a Bundesdatenschutzgesetz

Mit der Annahme der kostenlosen Kundenkarte erkläre ich mich *jederzeit Widerruflich* damit einverstanden, dass die Adler-Apotheke die Erhebung, Verarbeitung sowie Nutzung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten zur Unterstützung der Beratungstätigkeit (z.B. Wechselwirkung von Medikamenten) und Beratungspflicht mir gegenüber und damit nur zu eigenen Zwecken speichert. Sie ist nicht berechtigt, die Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten, an Dritte weiterzugeben, es sei denn, übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (wie bspw. Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, Auftragsdatenverarbeitende Dienstleister). Die Kundenkarte dient auf meinen Wunsch hin auch zur Erstellung von Belegen über meine geleisteten Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation zur Vorlage durch mich bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt (diese Daten der Eigenleistung werden ebenfalls auf der Kundenkarte gespeichert). Ich bin darüber informiert worden, dass die Apotheke meine pharmazeutische Betreuung übernimmt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme zu erkennen und zu lösen. 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. Des Weiteren kann ich diese freiwillige Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der Apotheke widerrufen. Bei erfolgtem Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine gespeicherten Daten sofort zu löschen.

Arzneimittelabgabe an Kinder

Eine Arzneimittelabgabe an Kinder ist grundsätzlich erlaubt, wenn wichtige Gründe dafür vorliegen, dass Sie benötigte Arzneimittel nicht selbst aus der Apotheke abholen, sondern von einem Kind besorgen lassen. Wir geben nur ungern Arzneimittel an Kinder ab, weil diese durch die darin enthaltenen, oft hochwirksamen und im Körper zu Veränderungen von Organen, Nerven, Blutbild oder Stoffwechselgeschehen führenden Substanzen leicht gefährdet werden können. Wir möchten Ihnen zu Ihrem Arzneimittel einige Informationen und Hinweise geben, die zur sicheren Anwendung des Arzneimittels geklärt werden müssen (wie bspw. richtige Einnahme und Aufbewahrung, Wechselwirkungen mit anderen verordneten oder nicht verordneten Arzneimitteln oder weiteren Erkrankungen). Auch angeblich „harmlose“ Arzneimittel wie Kopfschmerz- oder Erkältungsmittel können bei falscher Anwendung oder Missbrauch die Gesundheit gefährden. Diesbezügliche Informationen können wir Ihrem Kind kaum geben. Des Weiteren können wir nur schwer prüfen, ob das Kind die Arzneimittel wirklich in Ihrem Auftrag abholt oder ob es die Arzneimittel gar selbst einnimmt. Deswegen händigen wir Arzneimittel nur unter größtem Vorbehalt an Kinder und Jugendliche aus. Aus gegebenen Gründen sollten Sie deshalb Ihre Arzneimittel immer selbst bei uns abholen oder durch einen beauftragten Erwachsenen. Falls Sie auf sich allein gestellt, bettlägerig oder gehbehindert sind, so rufen Sie uns doch bitte an: Telefon 06241/24600, denn in dringenden Einzelfällen bringen wir Ihnen benötigte Arzneimittel auch gerne nach Hause.

Zusatzinformationen

- JA**, ich bin damit einverstanden, weitere Informationen zu Gesundheitsthemen per Post / Email (Nichtzutreffendes bitte streichen) von meiner Apotheke zu erhalten.
- NEIN**, ich möchte keine weiteren Informationen zu Gesundheitsthemen.

.....
(Ort/Datum)

.....
(Unterschrift)