

Einwilligungserklärung für eine Kundenkarte unter Beachtung der DSGVO / Nr.: .....  
(einzutragen von der Apotheke)

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

Mit der Annahme der kostenlosen Kundenkarte erkläre ich mich - *jederzeit widerruflich* - damit einverstanden, dass die Adler-Apotheke und deren Personal, das der Schweigepflicht unterliegt, die Erhebung, elektronische und nicht elektronische Verarbeitung sowie Nutzung meiner personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer(n), Email-Adresse(n), Angaben zur Krankenkasse sowie etwaige Zuzahlungsbefreiungen und gesundheitsbezogenen Angaben wie Daten zu meinen Erkrankungen, meinen behandelnden Ärzten und meiner Arzneimitteltherapie, die sich aus vorgelegten Verordnungen oder Verkäufen von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ergeben, zur Unterstützung der Beratungstätigkeit wie der pharmazeutischen Prüfung möglicher Wechselwirkung von Medikamenten oder Problemen bei der Anwendung mit dem Ziel einer Erhöhung der Effektivität der Arzneimitteltherapie sowie der Verringerung von Arzneimittelrisiken, ebenso zur Ermöglichung der Beratungspflicht mir gegenüber und damit nur zu eigenen Zwecken speichert.

Ich habe zur Kenntnis genommen und bin einverstanden, dass personenbezogene Daten (wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Krankenkasse, Versichertennummer) und Gesundheitsdaten (wie Medikation, verordnender Arzt, bei Hilfsmittelrezepten die Indikation/Diagnose) auf Rezepten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines anderen Kostenträgers in analoger und/oder digitaler, verschlüsselter Form an das Rechenzentrum ARZ Apotheken-Rechen-Zentrum GmbH, Schottener Weg 5, D-64289 Darmstadt, übermittelt werden, das diese Daten sowie auch die Daten anderer Versicherter in der GKV und anderen Kostenträgern gebündelt an die jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen oder andere Kostenträger zum Zwecke der Rezeptabrechnung mit der GKV gem. §§ 300, 302 SGB V weitergibt, wobei Zugriff auf diese Daten nur die Mitarbeiter der Apotheke und das Rechenzentrum haben und die Daten nach der Abrechnung mit der GKV oder anderen Kostenträgern, sobald gegenüber der Apotheke keine Rechnungsbeanstandungen mehr möglich sind, gelöscht werden und bis dahin und darüber hinaus alle Mitarbeiter der Apotheke sowie des Rechenzentrums zur Verschwiegenheit und zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet sind. Auch ist mir bekannt, dass im Falle der Direktabrechnung mit der privaten Krankenversicherung (PKV) die Abrechnung direkt gegenüber der Krankenversicherung auf Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit der PKV erfolgt, wobei eine Löschung der Daten sodann gem. § 147 Abgabenordnung (AO) vorgenommen wird, womit ich einverstanden bin.

Um die Versicherten schnellstmöglich mit den verordneten Hilfsmitteln versorgen zu können, nutzt die Apotheke eine sogenannte Clearingstelle. Die Clearingstelle prüft für die Apotheke, ob die verordneten Hilfsmittel abrechnungsfähig mit der Krankenkasse sind und stellt Kostenvorschläge zur Genehmigung an die Krankenkasse, wobei die Daten in der Apotheke, vom Rechenzentrum und von der Clearingstelle ausschließlich zu den in dieser Einverständniserklärung aufgeführten Zwecken gespeichert und verarbeitet werden und personenbezogene Daten dabei unmittelbar gelöscht werden, wenn der Zweck, zu dem sie überlassen wurden, erfüllt ist.

Die Apotheke ist nicht berechtigt, die Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten, an Dritte weiterzugeben, es sei denn, übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich gegenüber Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträgern, Finanzbehörden, Steuerberatern, auftragsdatenverarbeitenden Dienstleistern etc. notwendig.

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, wobei diese Daten der Eigenleistung ebenfalls auf dem Kundenkartenkonto gespeichert werden. Sofern aufgrund meiner pharmazeutischen Betreuung zur Erkennung und Lösung arzneimittel- und gesundheitsbezogener Probleme eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten/Fachärzten nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass die Apotheke diesen Kontakt aufnimmt und die Apotheke in diesem Zusammenhang auch mich postalisch oder telefonisch kontaktieren darf.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben freiwillig erfolgen und ich gem. DSGVO jederzeit berechtigt bin, kostenfrei Einsicht in oder schriftliche Auskunft über 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 mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bei erfolgtem Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine gespeicherten Daten sofort zu löschen, sofern keine übergeordneten Gesetze und Vorschriften einer Löschung widersprechen, wobei in diesem Fall ein Zugriff auf die Daten bis zur Freigabe vorübergehend eingeschränkt werden muss. 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, den Apothekenleiter Tassilo Strasser Apotheker e. K., und darüber hinaus vertraulich an die Datenschutzbeauftragte, Cornelia Rinne, wenden.

- 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.

Hinweis: Eine Arzneimittelabgabe an Kinder erfolgt generell und auch in Botenfunktion nicht. Falls Sie auf sich allein gestellt, bettlägerig oder gehbehindert sind, so rufen Sie uns doch bitte an, denn in dringenden Einzelfällen bringen wir Ihnen benötigte Arzneimittel auch gerne nach Hause. Telefon 06241/24600

.....  
(Ort/Datum)

.....  
(Unterschrift)

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind unter [www.apo4you.de](http://www.apo4you.de) abrufbar oder können auf Wunsch zugeschickt werden.