



Prenzl Apotheke
Herr Phr. Dr. rer. nat. Detlef Glaß, e.K.
Schönhauser Allee 81
10439 Berlin

Einverständniserklärung nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz

Durch die kostenlose Kundenkarte ist die automatisierte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in der Apotheke sowie eventuell dazugehörenden 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 z.B. 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.

Zusatzinformationen

- Ja**, ich bin damit einverstanden, weitere Informationen zu Gesundheitsthemen (wie Produkten, Aktionen, Vorträgen u.ä.) per Post / E-Mail * (*Nichtzutreffendes streichen) von meiner Apotheke zu erhalten.
- Nein**, ich möchte keine weiteren Informationen zu Gesundheitsthemen.

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Vorname *

,

Geburtstag *

Straße *

PLZ/Ort *

Telefon

E-Mail

Krankenkasse *

befreit bis *

Status

Versicherten-Nr

Hausarzt

* Pflichtangaben