

# Einwilligungserklärung

## Ihre Daten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Bekannte Allergien: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiung\*: Ja  Nein

\* Diese muss einmalig für jeden Gültigkeitszeitraum vorgelegt werden

Um Ihnen eine umfassende und bestmögliche Beratung zu bieten, speichern wir für Sie in unserer elektronischen Kunden-/Patientendatei neben Ihren oben angegebenen Daten, ihre Gesundheitsdaten wie Medikamente, Allergien und andere Unverträglichkeiten oder bestehende Erkrankungen, sowie ihre Versichertennummer.

Die in der elektronischen Kundenkartei unserer Apotheke gespeicherten personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zu Ihrer Person nutzen wir für die folgenden Zwecke und Leistungen:

- + Wir prüfen Ihre Arzneimittel auf Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und die Verträglichkeit mit z.B. Grunderkrankungen und Nahrungsmittelallergien.
- + Wir hinterlegen Ihre Zuzahlungsbefreiung in Ihrer elektronischen Kundenkarte, so dass Sie diese nur einmalig für den entsprechenden Gültigkeitszeitraum vorlegen müssen.
- + Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre Daten für die Bearbeitung und Aktualisierung Ihres ärztlichen Medikationsplanes gemäß § 31a SGB V sowie für Zwecke der pharmazeutischen Beratung und der Medikationsanalyse, wie z.B. zum Abgleich von Arzneimittelwechselwirkungen und geben diese an die behandelnden Ärzt\*innen weiter, die diese Daten ebenfalls zu diesen Zwecken verarbeiten und nutzen.
- + Bei Fragen oder Unklarheiten zu Rezepten und ärztlichen Empfehlungen bestimmter Arzneimittel kontaktieren wir Ihren Arzt oder Ihre Ärztin.
- + Sie erhalten einen personalisierten Kassenbeleg und eine Sammelquittung (Zuzahlungsbescheinigung) für die Rückerstattung von Rezeptgebühren durch die Krankenkasse oder für das Finanzamt.

Ich bin zudem mit folgenden Services der Apotheke einverstanden: (bitte ankreuzen)

- + Glückwünsche zu Geburtstagen oder Feiertagen, persönliche Einladungen zu Aktionen oder Themenwochen, Newsletter (ca. 4× jährlich)

**Hiermit erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten personenbezogenen Daten durch die Premium Apotheken Berlin: die apotheke 4.0, die Apotheke im Schultheiss Quartier, die Apotheke im Gesundbrunnen-Center, die Apotheke in den Hallen am Borsigturm, die Apotheke im Ring-Center I und die Apotheke im Ring-Center II.**

**Meine Einwilligung bezieht sich neben meinen personenbezogenen Daten auch auf alle Daten zu Medikationen und zu Arzneimitteln und Produkten, die ich in den oben genannten Apotheken erhalte bzw. erwerbe.**

Eine Weitergabe meiner Kundenkartendaten an unbefugte Dritte findet nicht statt.

Sollte der Inhaber/die Inhaberin der Apotheke wechseln, so stimme ich einer Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber/die neue Inhaberin zu. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt.

Weiterhin bin ich darauf hingewiesen worden, dass ich meine Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs kann ich die Löschung meiner Kundendaten verlangen, sofern nicht gesetzliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Spätestens drei Jahre nach meinem letzten Einkauf in der Apotheke werden meine Daten gelöscht, sofern nicht gesetzliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Die Erklärung zu den Informationspflichten nach Datenschutz-Grundverordnung habe ich zur Kenntnis genommen. Für Fragen zum Schutz meiner Daten in der Apotheke steht die Datenschutzbeauftragte der Apotheke zur Verfügung.

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift