

Einwilligungserklärung Kundenbindungssystem

Zur Erhebung, Speicherung und Nutzung gesundheitsbezogener und arzneimittelbezogener Daten im Rahmen unseres Kundenbindungssystems

Adresse der Apotheke	<hr/> <p>Name der Apotheke</p> <hr/> <p>Straße</p> <hr/> <p>PLZ, Ort</p> <hr/> <p>Apothekenleiter/in Apothekenstempel</p>
Erklärung	<p>Ich bin darüber informiert worden, dass die oben genannte Apotheke im Zusammenhang mit meiner Kundenkarte meine pharmazeutische Betreuung übernimmt und Leistungen anbietet, die die Erkennung und die Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhalten. Die Kundenkarte dient zudem der Erstellung von Belegen über geleistete Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation zur Vorlage bei der Krankenkasse und dem Finanzamt.</p> <p>Dazu ist es notwendig, personen- und gesundheitsbezogene Informationen sowie Angaben zu meiner Medikation zu speichern. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen. Zudem vereinfachen sie die Quittierung meiner Eigenleistung gegenüber der Krankenkasse und dem Finanzamt.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten und Angaben in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden nicht ohne meine ausdrückliche Zustimmung an Dritte weitergegeben.</p> <p>Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftliche Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längere Aufbewahrungszeit vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.</p> <p>Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.</p>
Kundenadresse	<hr/> <p>Name Straße</p> <hr/> <p>Vorname PLZ, Ort</p> <hr/> <p>Telefon E-Mail</p>
Informationsmaterial	<p>An der Zusendung von Informationsmaterial aus der Apotheke</p> <p><input type="checkbox"/> bin ich interessiert.</p> <p><input type="checkbox"/> bin ich nicht interessiert.</p>
Unterschrift	<hr/> <p>Datum Unterschrift</p>

Einwilligungserklärung Heimversorgung

Zur Erhebung, Speicherung und Nutzung gesundheitsbezogener
und arzneimittelbezogener Daten des Heimbewohners in der Apotheke

Adresse der Apotheke	<hr/> <p>Name der Apotheke</p> <hr/> <p>Straße</p> <hr/> <p>PLZ, Ort</p> <hr/> <p>Apothekenleiter/in Apothekenstempel</p>
Erklärung	<p>Ich bin darüber informiert worden, dass die oben genannte Apotheke Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhalten. Ziel ist es, meine Arzneimitteltherapie zu optimieren und meine Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck wird die Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen.</p> <p>Dazu ist es notwendig, personen- und gesundheitsbezogene Informationen sowie Angaben zu meiner Medikation zu speichern. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten und Angaben in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden nicht ohne meine ausdrückliche Zustimmung an Dritte weitergegeben.</p> <p>Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftliche Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längere Aufbewahrungszeit vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.</p> <p>Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.</p>
Kundenadresse	<hr/> <p>Name Straße</p> <hr/> <p>Vorname PLZ, Ort</p> <hr/> <p>Telefon E-Mail</p>
Unterschrift	<hr/> <p>Datum Unterschrift</p>



Einwilligungserklärung für sonstige Zwecke

Zur Erhebung, Speicherung und Nutzung gesundheitsbezogener und arzneimittelbezogener Daten

Adresse der Apotheke	<hr/> <small>Name der Apotheke</small> <hr/> <small>Straße</small> <hr/> <small>PLZ, Ort</small> <hr/> <small>Apothekenleiter/in</small> <small>Apothekenstempel</small>
Erklärung	<p>Ich bin darüber informiert worden, dass die oben genannte Apotheke folgende Dienstleistungen anbietet _____ _____</p> <p>Für diesen Zweck wird die Apotheke Daten und Angaben zu _____ _____ (Zweckbestimmung) erfassen.</p> <p>Dazu ist es notwendig, personen- und gesundheitsbezogene Informationen sowie Angaben zu meiner Medikation zu speichern. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten und Angaben in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden nicht ohne meine ausdrückliche Zustimmung an Dritte weitergegeben.</p> <p>Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftliche Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längere Aufbewahrungszeit vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.</p>
Kundenadresse	<hr/> <small>Name</small> <small>Straße</small> <hr/> <small>Vorname</small> <small>PLZ, Ort</small> <hr/> <small>Telefon</small> <small>E-Mail</small>
Unterschrift	<hr/> <small>Datum</small> <small>Unterschrift</small>