GESUND
IN RHEINHAUSEN

EIN KUNDENKONTO.
DREI APOTHEKEN.
VIELE VORTEILE.

Einwilligungs-erklärung zur Datenspeicherung

Ich bin darüber informiert worden, dass die Mitarbeitenden der Albert-Schweitzer-, Pelikan- und/oder Adler-Apotheke mit Hilfe meines Kundenkontos meine pharmazeutische Betreuung übernehmen, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme (z. B. Wechselwirkungen) zu erkennen und zu lösen. Darüber hinaus dient das Kundenkonto der Erstellung von Belegen über meine geleisteten Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation zur Vorlage bei den Krankenkassen und dem Finanzamt.

Dazu ist es notwendig, personenbezogene Stammdaten (insbesondere Name, Anschrift, Kontaktdaten, Krankenkassendaten, ggf. Zuzahlungsbefreiung) und gesundheitsbezogene Daten (z. B. Allergien) sowie Angaben zu meiner Medikation zu speichern. Hierzu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln, der Inhalt von Beratungsgesprächen, der Abgleich von Interaktionen sowie die Erhebung meiner Eigenleistungen. Diese Daten ermöglichen meine optimale Beratung und Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung sowie die Quittierung meiner Eigenleistungen gegenüber Krankenkassen und Finanzamt. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, ggf. Geburtstagsgrüße bzw. Newsletter zu erhalten. Eine Verwendung meiner personenbezogenen Daten zu anderen Zwecken erfolgt nicht. Damit meine Apotheke/-n diese Leistung erbringen kann/können, ist meine Einwilligung hierzu erforderlich.

[ALBERT SCHWEITZER] APOTHEKE
Inh. Mariana Carvalho e. K.
Krefelder Straße 30 47226 Duisburg-Rheinhausen Tel 02065-73790 asa@gesund-in-rheinhausen.de

[PELIKAN] APOTHEKE
Inh. Julio Tala Fonkou
Stormstraße 1 47226 Duisburg-Rheinhausen Tel 02065-73823 pa@gesund-in-rheinhausen.de

[ADLER] APOTHEKE
Inh. Julio Tala Fonkou
Walther-Rathenau-Str. 3 47229 Duisburg-Friemersheim Tel (0 20 65)-4 13 94 aa@gesund-in-rheinhausen.de

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten, die zu meiner pharmazeutischen Betreuung notwendig sind, und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert werden. Darüber hinaus bin ich mit der Speicherung meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten, Selbstmedikation) einverstanden.

Da die Inhaber und die Mitarbeitenden der Apotheken der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke diesen Kontakt aufnimmt. Ich bin außerdem damit einverstanden, dass die von mir erhobenen personenbezogenen Daten und Angaben zu Arzneimitteln und anderen Produkten, die für mich verordnet wurden bzw. die ich in der Apotheke erhalte, auf meinen Wunsch für die Aktualisierung eines Medikationsplanes nach § 31a Abs. 3 Satz 2 SGB V verwendet werden können.

Auf die Möglichkeit zur Einsichtnahme der nach Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bei der Erhebung personenbezogener Daten in der Apotheke bereitzustellenden weiteren Informationen bin ich hingewiesen worden.

Bei einem etwaigen Inhaberwechsel der Apotheke(n) stimme ich einer Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber zu.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in meine Daten sowie schriftliche Auskunft darüber erhalten und selbst entscheiden, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Die gespeicherten Daten können auf meinen Wunsch hin auf einem Datenträger zur Verfügung gestellt werden. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten 3 Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen durch formlose Erklärung für die Zukunft widerrufen werden. In diesem Fall verliert das Kundenkonto seine Gültigkeit.

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Name:

Anschrift:

E-Mail:

Tel.-Nummer:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

Krankenkasse:

Ort, Datum:

Unterschrift: