

Einverständniserklärung

Kundenkonto



Friedrichshaller Str. 15 74177 Bad Friedrichshall

Mit einem kostenfreien Kundenkonto der **Salinen-Apotheke** erhalten Sie eine auf Ihre bei uns bezogenen Medikamente abgestimmte umfassende Beratung sowie die folgenden Services:

Wir überprüfen Ihre Arzneimittel auf Verträglichkeit und Wechselwirkungen

Wir speichern Ihre Befreiung, so müssen Sie diese nur einmal jährlich vorlegen

Wir erstellen Ihnen auf Wunsch eine Zuzahlungsbescheinigung zur Einreichung bei Ihrer Krankenkasse

Folgende Daten werden erfasst			
Name*		Vorname*	
Geburtsdatum*		Befreiung*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Str. / Hausnummer*		PLZ / Ort*	
Krankenkasse*		Versicherten-Nr.*	
Telefon*		E-Mail	
bestehende Erkrankungen			
bekannte Allergien			

Ich möchte die Vorteile eines persönlichen Kundenkontos nutzen und willige in die Erstellung ein.

Ich willige ein, dass die Apotheke meine personenbezogenen Daten für die pharmazeutische Betreuung erhebt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Aufgaben wie die Rezeptabwicklung, die Erfassung meiner Eigenleistungen zur Vorlage bei Krankenkasse oder Finanzamt sowie die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplanes gemäß SGB V zu erfüllen.

Ich bin damit einverstanden, dass neben den personenbezogenen Stammdaten auch gesundheitsbezogene Daten, wie bspw. zu Medikation, Gesundheitszustand und Beratungsgesprächen gespeichert werden. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten zu Medikation oder vergleichbaren Informationen nötig ist, bin ich mit der Einholung von Auskünften einverstanden.

Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte darf nicht ohne meine Zustimmung erfolgen, es sei denn übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (wie bspw. an Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, auftragsdatenverarbeitende Dienstleister).

Ich bin damit einverstanden, dass meine zur pharmazeutischen Betreuung notwendigen Daten im Zugriff aller evtl. vorhandenen Filialen der Apotheke, sowie innerhalb der ggf. im Verbund angeschlossenen Apotheken sind und dort ebenso gespeichert werden. Ich wurde über die näheren Einzelheiten dazu ausdrücklich informiert.

Sollte der Inhaber der Apotheke wechseln, so stimme ich einer Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber zu.

Ich bin jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten sowie eine schriftliche Auskunft zu erhalten. Ich kann zudem jederzeit deren Berichtigung und Löschung fordern, sofern keine übergeordneten gesetzlichen Vorschriften die Datenspeicherung weiterhin erfordern.

Ich erteile diese Einwilligung freiwillig und kann sie für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen.

Ja, ich bin damit einverstanden, Informationen zu Gesundheitsthemen (wie Produkten, Sonderaktionen, Vorträgen u.ä.) sowie persönliche Nachrichten (wie Geburtstagswünsche) schriftlich / digital von meiner Apotheke zu erhalten.

Ein Exemplar der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten