



Einwilligungserklärung zur Speicherung personenbezogener Daten (Kundenkarte)

Wir möchten für Sie eine elektronische Patientendatei in den unten genannten Apotheken führen. Dazu werden die von Ihnen angegebenen Daten sowie Daten zu Ihren Erkrankungen, der Arzneimitteltherapie und die Rezeptdaten sowie ggf. Informationen über die Befreiung von der Zuzahlung erfasst. Ihre Daten werden hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Die Kundenkarte dient ebenfalls der Ermöglichung von Arzneimittellieferungen und dem Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen (Zuzahlungsbescheinigung).

Ich stimme bei arzneimittelbezogenen Problemen auch aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Arzneimitteln, einer Kontaktaufnahme mit meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme zu. Ich bin damit einverstanden, dass mich mein Apotheker diesbezüglich auch telefonisch oder postalisch kontaktieren darf.

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Apotheke über Angebote und Aktionen informiert sowie Gutscheine und Grußkarten zu besonderen Anlässen zuschickt. Die Kontaktaufnahme kann postalisch, auf elektronischen Wege oder telefonisch erfolgen. (Hinweis: Für die Berechtigung zur Nutzung Ihrer E-Mail-Adresse zu diesem Zweck, bitten wir Sie die E-Mail, die Sie von uns erhalten werden, zu bestätigen.)

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich oder in Textform (E-Mail) ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ich habe die Datenschutzerklärung, in der ich über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung und dem nationalen Datenschutzrecht informiert wurde mit Aushang in der Apotheke bzw. auf www.neuland-apotheken.de/datenschutz, zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal der Apotheke, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu bzw. es ist aufgrund von gesetzlichen Regelungen vorgesehen.

Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an den Verantwortlichen und vertraulich an die Datenschutzbeauftragte wenden.

Verantwortlicher:

Jürgen Bummert e. K.

Südstadt Center Apotheke

Nobelstraße 50-51
18059 Rostock
Tel. 0381 4053210
suedstadtcenter@neuland-apotheken.de

Steintor Apotheke

Paulstraße 48-55
18055 Rostock
Tel. 0381 4930220
steintor@neuland-apotheken.de

Greif Apotheke

Hannes-Meyer-Platz 25
18146 Rostock
Tel. 0381 690409
greif@neuland-apotheken.de

Datenschutzbeauftragte:

Kathi Toman, POLYMETIS, Arndtstr. 6, 18055 Rostock, Tel.: 0381 – 255 25 94, toman@polymetis.de

Datum, Unterschrift: _____