

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung für Kundenkarten

|                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
| <b>Name</b>                    |  |  |
| <b>Vorname</b>                 |  |  |
| <b>Geburtsdatum</b>            |  |  |
| <b>Straße &amp; Hausnummer</b> |  |  |
| <b>Postleitzahl und Ort</b>    |  |  |
| <b>Telefonnummer</b>           |  |  |
| <b>Krankenkasse</b>            |  |  |
| <b>Versichertennummer</b>      |  |  |
| <b>Allergien</b>               |  |  |

**Bitte Zutreffendes ankreuzen:**

- Ich bin damit einverstanden, dass die **Pelikan Vital Apotheke in Mülheim**
- meine oben genannten personenbezogenen Daten
  - meine personenbezogenen Daten aus ärztlichen Verordnungen
  - Daten aus meiner Selbstmedikation
  - ggf. meine Medikationspläne
  - Informationen über meinen Gesundheitszustand und meine Allergien
- a) zum Zweck der Arzneimitteltherapiesicherheit und meiner persönlichen Beratung und Betreuung in ihrem Warenwirtschaftssystem speichert und mich über Unverträglichkeiten und Wechselwirkungen kontaktiert und informiert.
- b) zum Zweck der Erstellung von Zuzahlungsquittungen erhebt, verarbeitet und speichert und diese Verarbeitung auch über das von der Apotheke beauftragte Apothekenrechenzentrum erfolgen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die **Pelikan Vital Apotheke in Mülheim**

- meine personenbezogenen Daten zum Zweck von Geburtstagsgrüßen speichert und mich dazu kontaktiert.
- meine personenbezogenen Daten zum Zweck zur Versendung von Newslettern speichert und mich dazu kontaktiert.
- einen Datenübertrag auf den neuen Besitzer bei Verkauf der Apotheke vornehmen darf.

Die gespeicherten Daten können auf meinen Wunsch

- jederzeit von mir eingesehen werden. Ich kann schriftliche Auskunft über meine Daten verlangen.
- jederzeit teilweise oder ganz gelöscht werden.
- jederzeit auf Grund anderer gesetzlicher Vorgaben gegen Weiterverarbeitung gesperrt werden.
- jederzeit auf einem Datenspeicher zur Verfügung gestellt werden (Datenübertragung).

Da der Apothekeninhaber und sein Personal 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.

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

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 die Kundenkarte ihre Gültigkeit.

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten. ja nein  
(bitte ankreuzen)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_