

Datenschutzrechtliche Einwilligung zur Anlage eines Kundenkontos

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:
.....
.....

Krankenkasse / Nr.:

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten, von der **Apotheke am Diakonie-Klinikum Dr. Rebekka Ehinger e.K., Rosenbergstraße 21, 70176 Stuttgart**, im Rahmen eines Kundenkontos verarbeitet werden dürfen.

Dabei werden folgende Daten im Rahmen des Kundenkontos gespeichert:

- Stammdaten sowie Versicherungs- und Abrechnungsdaten
- Gesundheitsbezogene Daten zu Leistungen, Beratungen oder Einkäufen
- Daten über Eigenleistungen und Zuzahlungen

Von meiner Einwilligung zur Anlage eines Kundenkontos werden folgende Zwecke umfasst:

- Umfassendere pharmazeutische Betreuung und Optimierung der Beratung und Arzneimitteltherapie
- Effektivere Prüfung von Wechselwirkungen bei Arzneimitteln
- Quittierung von Leistungen gegenüber Krankenkasse und Finanzamt

Falls für mich bereits bei den vorherigen Apothekeninhabern, der Apotheken für Spezialversorgung OHG ein Kundenkonto geführt wurde, willige ich außerdem ein, dass meine dort gespeicherten Kundendaten zum Zweck der Fortführung des Kundenkontos auf die oben bezeichnete, neue Apothekeninhaberin übertragen und von dieser in gleicher Weise weiterverarbeitet werden dürfen.

Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten/Zahnärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, willige ich darin ein. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch meinen Arzt/Zahnarzt von der Schweigepflicht.

Einwilligung zum Erhalt von Vorteils- und Aktionshinweisen

(nur auszufüllen, wenn gewünscht; sonst leer lassen)

Mit dem Eintragen meiner Kontaktdaten willige ich ein, dass mich die Apotheke über meine nachfolgend angegebenen Kontaktdaten (E-Mail oder Telefon) zu Angeboten, Aktionen, Gutscheinen oder besonderen Anlässen informieren darf. Die Kontaktaufnahme erfolgt ausschließlich über die von mir nachfolgend angegebenen Daten und ist jederzeit widerrufbar.

.....
E-Mail

.....
Telefonnummer

Hinweis zur Freiwilligkeit und zum Widerruf

Diese Einwilligung ist freiwillig. Mir entstehen keine Nachteile, wenn ich sie nicht erteile oder später widerrufe. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)