



## Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung für Kundenkarten

Version: 180522

Ich bin darüber informiert worden, dass die **MOZART-APOTHEKE** in Gummersbach im Zusammenhang mit meiner Kundenkarte meine pharmazeutische Betreuung übernimmt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme (z. B. Wechselwirkungen) zu erkennen und zu lösen. Darüber hinaus dient die Kundenkarte der Erstellung von Belegen über meine geleisteten Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation zur Vorlage bei den Krankenkassen und dem Finanzamt und ggf. zur Speicherung der Gültigkeit meiner Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung.

Dazu ist es notwendig, personenbezogene Stammdaten (insbesondere Name, Anschrift, Kontaktdaten) und gesundheitsbezogene Daten (z. B. Allergien) sowie Angaben zu meiner Medikation und anderen Produkten, die für mich verordnet wurden bzw. die ich in der Mozart-Apotheke erhalten habe, zu speichern. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln, der Inhalt von Beratungsgesprächen, der Abgleich von Wechselwirkungen sowie die Erhebung meiner Eigenleistungen (Zuzahlung etc.). Diese Daten ermöglichen meine optimale Beratung und Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung sowie die Quittierung meiner Eigenleistungen gegenüber Krankenkassen und Finanzamt. Ferner können die Daten - insbesondere meine Versichertennummer - falls notwendig, vom Personal der Mozart-Apotheke für die Recherche nach ärztlich verordneten Produkten und nach im Auftrag der Mozart-Apotheke über deren Rechenzentrum abgerechneten Rezepten herangezogen werden. Außerdem können mein Name und meine Kontaktdaten einschließlich der Telefonnummer der Zustellung von Medikamenten zu mir nach Hause durch die Boten der Mozart-Apotheke dienen. Damit meine Apotheke diese Leistungen erbringen kann, ist meine Einwilligung hierzu erforderlich.

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 der/die Apothekeninhaber/in und das 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.

Sollte es notwendig sein, für mich ein individuell herzustellendes Arzneimittel (wie z. B. eine Hypo-sensibilisierungslösung bei Allergie) oder ein Hilfsmittel (wie z. B. Kompressionsstrümpfe nach Maß) zu bestellen, bin ich damit einverstanden, dass meine hierzu notwendigen Daten (Name und ggf. Geburtsdatum) von der Mozart-Apotheke an die entsprechende Herstellerfirma weitergegeben werden.

Wenn die Belieferung einer Verordnung von der Zustimmung meiner Krankenkasse abhängig ist, bin ich damit einverstanden, dass die Apotheke bei meiner Krankenkasse einen Kostenvoranschlag bzw. eine Versorgungsanzeige einreicht, ggf. auch über einen Dienstleister der Apotheke, wie z. B. die Clearingstelle des Apothekerverbandes Nordrhein oder über eine andere Plattform, die meine Krankenkasse dafür bestimmt.



Burkhard Gadde, eingetr. Kaufm.  
Fachapotheker für Offizinpharmazie  
und Ernährungsberatung

Gummersbacher Straße 20  
51645 Gummersbach-Niederseßmar  
Tel.: 0 22 61 / 2 32 33 · Fax: 92 12 80

Ich bin 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 Medikationsplans nach § 31a Abs. 3 Satz 2 SGB V verwendet werden können.

Eine Verwendung meiner personenbezogenen Daten zu anderen Zwecken erfolgt nicht. Sollte der/die Inhaber/in der Mozart-Apotheke wechseln, so stimme ich einer Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den/die neue(n) Inhaber/in zu.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in meine Daten sowie schriftliche Auskunft darüber erhalten und selbst entscheiden, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten spätestens drei Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht. Auf die Möglichkeit zur Einsichtnahme der nach Art. 13 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bei der Erhebung personenbezogener Daten in der Apotheke bereitzustellenden weiteren Informationen bin ich hingewiesen worden.

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. Ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Kundennummer: \_\_\_\_\_  
(bitte freilassen)

Anrede (bitte ankreuzen):       Frau                       Herr                       Firma

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sammelquittung für:                                       Finanzamt                       Krankenkasse

zuzahlungsbefreit bis: \_\_\_\_\_

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

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