

	Einwilligungserklärung zur Speicherung gesundheits- und arzneimittelbezogener Daten in der Apotheke - Kundenkarte - Stadt-Apotheke, Gr. Deichstraße 8, 25348 Glückstadt	Formular Stand: 01.07.2008
	Revision: 9	Seite 1 von 1

Bei Vorlage Ihrer Kundenkarte können wir Ihre Zuzahlungen zu Arzneimitteln speichern und Ihnen jederzeit eine Auflistung der von Ihnen entrichteten Zuzahlungen ausdrucken. Diese dient als Nachweis Ihrer Zuzahlungen gegenüber Ihrer Krankenkasse. Auf Wunsch erstellen wir Ihnen gerne auch zusätzlich eine Aufstellung sämtlicher bei uns getätigten Aufwendungen für Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel sowie anderer bei uns erworbener Produkte. Diese kann bei dem Finanzamt zum Nachweis außergewöhnlicher Belastungen im Lohnsteuerjahresausgleich oder der Einkommensteuererklärung dienen.

Des Weiteren erleichtern Ihre Angaben beispielsweise die Auswahl spezieller Arzneimittel oder die Zustellung an Sie per Boten.

Als Dankeschön für Ihre Treue nehmen Sie bei Einkauf mit Ihrer Kundenkarte der Stadt-Apotheke an unserem Bonussystem teil: Bei Ihrem Einkauf werden in Abhängigkeit vom jeweiligen Verkaufspreis Bonuspunkte auf Ihrem Kundenkonto gutgeschrieben, die Sie bei einem Ihrer nächsten Einkäufe einlösen können. Nach geltendem Recht gilt dies nicht für Produkte, die der Preisbindung unterliegen (z.B. rezeptpflichtige Arzneimittel) bzw. für gesetzliche Zuzahlungen/Mehrkosten bei Rezepteinlösungen.

<i>Name</i>	<i>Vorname</i>
<i>Straße, Hausnummer</i>	<i>PLZ, Wohnort</i>
<i>Geburtsdatum</i>	<i>Telefon</i>
<i>Versicherten-Nr</i>	<i>email-Adresse</i>
<i>Bezeichnung der Krankenkasse / Kassen-Nr</i>	

<i>Raum für weitere Informationen (z.B. für Botenanlieferung)</i>

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten in der Stadt-Apotheke gespeichert, genutzt und verarbeitet werden. Diese Daten dürfen – nur nach vorheriger Rücksprache mit mir – an meinen behandelnden Arzt aus Gründen der Therapie- und Arzneimittelsicherheit weitergeleitet werden. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig sein sollte, bin ich damit einverstanden, dass die Stadt-Apotheke mit diesem Kontakt aufnimmt. Im Falle von pharmazeutischer Betreuung und/oder Versorgung mittels unit-dose durch die Stadt-Apotheke sind der durch den behandelnden Arzt erstellte Verordnungsplan sowie die eigenverantwortlich getätigten Selbstkäufe inklusive der jeweiligen Dosierungen Bestandteil dieser Einverständniserklärung.

Sofern die Stadt-Apotheke Dritte mit Dienstleistungen beauftragt, für deren Ausführung meine Daten benötigt werden, stimme ich der Weitergabe dieser Daten unter Beachtung des Datenschutzes durch den Dritten ausdrücklich zu.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Datum, Unterschrift Patient(in)

nur von der Apotheke auszufüllen!		Mitarbeiter : _____	
Kundenkarten-Nr	Zuzahlungsbefreiung lag bei Antrag vor	pharm. Betreuung	unit-dose-Versorgung
_____	[] nein [] ja	[] nein [] ja	[] nein [] ja