



## Einwilligungserklärung zum Datenschutz nach DSGVO

**Ja, ich will!**

Ich möchte die **Vorteile einer persönlichen Patientendatei** (Kundenkarte) nutzen und willige in deren Erstellung ein:

- § 1 Ich willige ein, dass die Apotheke meine personenbezogenen Daten für die pharmazeutische Betreuung erhebt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Aufgaben gemäß SGB V wie z.B. die Medikationsanalyse, die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplanes, die Rezeptabwicklung, die Erfassung meiner Eigenleistungen zur Vorlage bei Krankenkasse und Finanzamt und die Erfassung einer Zuzahlungsbefreiung für die Rezeptgebühren zu erfüllen.
- So erhalten Sie noch mehr Sicherheit im Umgang mit ihren Arzneimitteln (Wechselwirkungen, Unverträglichkeiten, etc.)
  - Nachkäufe und telefonische Bestellungen werden erleichtert, denn wir wissen, was Sie schon bei uns bezogen haben.
  - Erleichterung Ihrer Formalitäten: Sammelquittung, Zuzahlungsbefreiung.
- § 2 Ich bin damit einverstanden, dass neben den personenbezogenen Stammdaten auch gesundheitsbezogene Daten, z.B. zu Medikation, Gesundheitszustand, Beratungsgesprächen und meinen weiteren Einkäufen gespeichert werden.
- § 3 Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten zur Medikation oder vergleichbaren Informationen nötig ist, bin ich mit der Einholung von Auskünften einverstanden.  
Eine Kontaktaufnahme mit mir im Rahmen der Medikationsanalyse und allgemeiner Auftragsabwicklung stimme ich zu.
- § 4 Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten vom Personal der Apotheke, das selbstverständlich der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu den beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden.  
Ich entbinde für die Medikationsanalyse sowohl das pharmazeutische Apothekenpersonal als auch meine/n Arzt/Ärztin von der Schweigepflicht.
- § 5 Mit dem Datenaustausch für besondere Bezugswege bin ich einverstanden, z.B. bei der Lieferung von Hilfsmitteln, Allergie-Medikamenten u.ä. Ich willige ein, dass die für die Bestellung notwendigen Daten mit den beteiligten Stellen ausgetauscht werden, z.B. Clearingstellen, Hersteller, Krankenkassen, Apotheken des Filialverbundes Kondor-Apotheke.
- § 6 Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Einwilligungserklärung gespeicherten persönlichen Daten im Zugriff aller Apotheken des Filialverbundes sind und gespeichert werden. Über die näheren Einzelheiten dazu wurde ich informiert.
- § 7 Sollte der Inhaber der Apotheke wechseln, stimme ich der Weitergabe meiner Daten an den neuen Inhaber zu.
- § 8 Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten über das o.g. hinaus darf nicht ohne meine Zustimmung erfolgen, es sei denn, übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (z.B. an Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, auftragsverarbeitende Dienstleister).
- § 9 Ich bin jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten bzw. eine schriftliche Auskunft zu erhalten. Ich kann zudem jederzeit die Berichtigung und Löschung meiner Daten fordern, sofern keine übergeordneten gesetzlichen Vorschriften die Daten-speicherung weiterhin erfordern. Unter der Berücksichtigung der gültigen Rechtsvorschriften werden meine Daten 3 Jahre nach der letzten Eintragung automatisch gelöscht.
- § 10 Ich erteile diese Einwilligung freiwillig und kann sie für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen. In diesem Fall verlieren die Kundenkarte und die damit verbundenen Vorteile ihre Gültigkeit.

**Unser kostenloser Service - Ihr persönlicher Vorteil!**

Seite 2 →

# Einwilligungserklärung zum Datenschutz nach DSGVO

§ 11 **TREUEBONUS:** Für jeden Bareinkauf ab 5,- Euro werden mir Apotheken-Bonuspunkte gutgeschrieben, die ich bei späteren Einkäufen einlösen kann. Rezepteinlösungen sind jeweils ausgenommen.

§ 12 *Bei Fragen und/oder Beschwerden zum Datenschutz kann ich mich wenden an:*  
 Den Verantwortlichen im Filialverbund Kondor Apotheke  
 Ingo Schmonsees e.K. · Apotheker Geschäftsleitung · Bahnhofstraße 72 · 27616 Beverstedt OT Stubben  
 Tel. 04748 821288 · Email: mail@kondor-apotheke.de  
*oder:*  
 den Datenschutzbeauftragten im Filialverbund Kondor Apotheke  
 Bahnhofstraße 72 · 27616 Beverstedt OT Stubben · Tel. 04748 821288 · Email: dsb@kondor-apotheke.de

§ 13 *Ich habe ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:*  
 Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Barbara Thiel  
 Prinzenstraße 5, 30159 Hannover · Tel. 0511-120 450 · Fax 0511-120 4599  
 Email: poststelle@fd.niedersachsen.de



**Ja,** ich bin damit einverstanden, Informationen zu Gesundheitsthemen (wie Produkten, Sonderaktionen, Vorträgen u.ä.) sowie persönliche Nachrichten (wie Geburtstagswünsche) schriftlich / digital (nichtzutreffendes streichen) von meiner Apotheke zu erhalten.



**Nein,** ich möchte keine weiteren Informationen und Nachrichten erhalten.

## Ein Exemplar der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Vorname, Name			
Straße, Hausnr.			
PLZ, Ort, Ortsteil			
Telefon		Email	
Geburtstag		Hausarzt	
Krankenkasse		Versichertenr.	
Bekannte Allergien und Unverträglichkeiten:			
Datum		Unterschrift	

Bei Interesse können Sie uns den ausgefüllten Antrag in der Kranich-Apotheke aushändigen oder per Brief oder Fax schicken.  
**Zu Fragen informieren wir Sie gerne.**

**Kranich-Apotheke · Apotheker Ingo Schmonsees e.K. · Amtsdamm 39 · 27628 Hagen im Bremischen**  
**Telefon: 04746-95 1060 · Fax: 04746-95 1061**  
 e-mail: mail@kranich-apotheke.info