

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten
gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz

Ihre Apotheke hält für Sie besondere Serviceleistungen bereit, wenn Sie der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der erforderlichen personenbezogenen Daten zustimmen. Besonders bequem erhalten Sie diese kostenlosen Vorteile mit unserer **Kundenkarte**.

- Wir prüfen die Sicherheit und Verträglichkeit Ihrer Arzneimittel, auch auf Wechselwirkungen mit den Präparaten, die Sie bereits früher von uns erhalten haben. Gleichzeitig können wir Ihnen Auskunft über Ihre persönlichen Arzneimittel geben, auch wenn Sie die Bezeichnung einmal vergessen haben sollten.
- Auf Wunsch erhalten Sie eine Jahresliste mit den Medikamenten und geleisteten Zuzahlungen zum Nachweis gegenüber der Krankenkasse oder dem Finanzamt.
- Wir benachrichtigen Sie über aktuelle Tipps für Ihre Gesundheit und unterstützen Sie durch gezielte, an Ihren Bedürfnissen ausgerichtete Informationen über unsere Angebote.
- Wir berücksichtigen automatisch, ob Sie von Rezeptzuzahlungen befreit sind; Sie müssen Ihren Befreiungsausweis nur einmal vorlegen.

Hiermit erkläre ich meine **Einwilligung** zur Erhebung und gemeinsamen Verarbeitung und Nutzung folgender Daten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

Befreiungsausweis/Gültigkeitsdatum: _____

- der Medikationsdaten (Bezeichnung der von meinem Arzt verordneten Medikamente sowie die Bezeichnung der von mir sonst gekauften nicht verschreibungspflichtigen Medikamente)
- der Produktdaten (Bezeichnung der sonst in der Apotheke gekauften Waren)

durch die nachfolgend bezeichneten Apotheken sowie durch speziell von ihr beauftragte, weisungsgebundene Dienstleister zu der oben beschriebenen persönlichen Beratung und Betreuung im Rahmen der Serviceleistungen der Apotheke. Eine Datenweitergabe an Dritte über die unten genannten Apotheken hinaus findet nicht statt. Selbstverständlich kann ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Besondere Hinweise:

Arbeitgeber/Selbsthilfegruppe/Verein: _____

Kurbad-Apotheke

Apothekerin Saskia Hildwein e.K.
Eichhofstraße 3
36251 Bad Hersfeld

City-Apotheke

Apothekerin Saskia Hildwein e.K.
Badestube 4
36251 Bad Hersfeld

Galerie-Apotheke

Apothekerin Saskia Hildwein e.K.
Benno-Schilde-Straße 9
36251 Bad Hersfeld

Kunde/ Kundin:

.....
Datum

.....
Unterschrift