**Einwilligungserklärung zur Kundenkarte**

Muster-Apotheke,

……..Berlin

Um Ihnen eine umfassende und bestmögliche Beratung zu bieten, speichern wir für Sie in unserer elektronischen Patientendatei neben Ihren unten angegebenen Daten ihre Gesundheitsdaten wie Medikamente, Allergien und andere Unverträglichkeiten oder bestehende Erkrankungen.

Die in der elektronischen Kundenkartei unserer Apotheke gespeicherten personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zu Ihrer Person nutzen wir für die folgenden Zwecke und Leistungen:

* Wir können Sie besonders umfassend und bestmöglich beraten. Unsere Mitarbeiter wissen, welche Medikamente sie bislang von unserer Apotheke erhalten haben.
* Wir sehen, ob Sie von Zuzahlungen befreit sind. Ihre Befreiungsbescheinigung müssen Sie nur einmalig vorlegen.
* Wir prüfen Ihre Arzneimittel auf die Verträglichkeit mit Grunderkrankungen und Wechselwirkungen.
* Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre Daten für die Bearbeitung, Erstellung und Aktualisierung ihres Medikationsplanes gemäß § 31a SGB V sowie für Zwecke der pharmazeutischen Beratung und der Medikationsanalyse, z.B. des Abgleiches von Arzneimittelwechselwirkungen und geben diese an die behandelnden Ärzte weiter, die diese Daten ebenfalls zu den diesen Zwecken verarbeiten und nutzen.
* Bei Fragen oder Unklarheiten zu Rezepten und ärztlichen Empfehlungen bestimmter Arzneimittel kontaktieren wir Ihren Arzt.
* Sie erhalten eine Sammelquittung (Zuzahlungsbescheinigung) für die Rückerstattung von Rezeptgebühren durch die Krankenkasse oder für das Finanzamt.

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* **Einwilligung in werbliche Leistungen:**

Zusätzlich bieten wir Ihnen folgende Leistungen und Vergünstigungen:

* Auf alle Freiwahlartikel unseres Sortimentes erhalten Sie 3 % Rabatt.
* Wir informieren Sie anhand der gespeicherten Daten zu Ihrer Person über unsere besonderen Aktionen und Gewinnspiele und laden Sie persönlich zu interessanten Informationsveranstaltungen in unsere Apotheke ein.
* Zu besonderen Anlässen gratulieren wir Ihnen und haben eine kleine Überraschung für Sie.

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Alle diese Vorteile genießen Sie auch in unserer Filialapotheke ……………….., an die wir Ihre Daten übermitteln.

Hiermit beantrage ich die Ausstellung meiner Kundenkarte.

Name / Vorname: ……………………………………………………..

Anschrift: ……………………………………………………..

Geburtsdatum\*: ……………………………………………………..

Telefonnummer \*: ……………………………………………………..

Bekannte Allergien\*: ……………………………………………………..

 ……………………………………………………..

Krankenkasse\*: ……………………………………………………..

Zuzahlungsbefreiung\*: ………….. falls ja, bis: …………………….

(\* freiwillige Angabe)

**Hiermit erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten personenbezogenen Daten durch die ………….……..-Apotheke und die Filialapotheke …………….…….**

**Meine Einwilligung bezieht sich neben meinen personenbezogenen Daten auch auf alle Daten zu Medikationen und zu Arzneimitteln und Produkten, die ich in der …………………..…-Apotheke Berlin und in der Filialapotheke ........... ……… erhalte bzw. erwerbe.**

Eine Weitergabe meiner Kundenkartendaten an unbefugte Dritte findet nicht statt.

Sollte der Inhaber der Apotheke wechseln, so stimme ich einer Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber zu.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt.

Weiterhin bin ich darauf hingewiesen worden, dass ich meine Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Im Fall des Widerrufs kann ich die Löschung meiner Kundendaten verlangen, sofern nicht gesetzliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Spätestens …. Jahre nach meinem letzten Besuch in der Apotheke werden meine Daten gelöscht.

Die Erklärung zu den Informationspflichten nach Datenschutz-Grundverordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Für Fragen zum Schutz meiner Daten in der Apotheke steht der/die Datenschutzbeauftragte der Apotheke zur Verfügung.

…………..Apotheke, Berlin

Datum: …………………….

Unterschrift des Kunden: …………………….