

# Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

nach EU-Datenschutz-Grundverordnung  
zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung arzneimittelbezogener- und  
gesundheitsbezogener Daten des Patienten in der

**ROSEN-APOTHEKE** Apothekerin Bianka Dutsch



Frohnbachstraße 26 • 09212 Limbach-Oberfrohna • Tel. 03722 / 92072 •  
E-mail: info@rosenapotheke-limbach.de • www.rosenapotheke-limbach.de

zur Führung einer Patientendatei (Kundenkarte).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen und Gesundheitsdaten elektronisch gespeichert werden. Diese elektronische Speicherung der Daten erfolgt ausschließlich im Computersystem der Rosen-Apotheke. Die genannten Daten werden vom Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu folgend beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

Ich stimme zu, meine Daten zur Direktbestellung beim Hersteller von Kompressionsstrümpfen, Allergenen und Hilfsmitteln zu nutzen und bin einverstanden, Genehmigungen zur Abgabe von Hilfsmitteln über die Clearingstelle des Sächsischen Apothekerverband e. V. bei meiner Krankenkasse einzuholen.

Aus der Speicherung Ihrer Einkäufe und verordneten Arzneimittel ergibt sich für Sie mehr Arzneimittelsicherheit. Gezielt kann die Einnahme von Medikamenten unterschiedlicher Verordnungen beobachtet werden. Wir geben Ihnen Auskünfte zu Wirkungen der Arzneimittel vorangegangener Verordnungen und prüfen auf unerwünschte Wechselwirkungen bei gleichzeitiger Einnahme mehrerer Arzneimittel. Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/ Zahnarzt verordneten Arzneimittel ergeben, bin ich einverstanden, dass mein Apotheker mit meinem behandelnden Arzt/ Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme Kontakt aufnimmt und ihn über diese anderweitige Medikation unterrichtet. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch meinen Arzt/Zahnarzt von der Schweigepflicht.

Zur Vorlage bei Krankenkasse oder Finanzamt erstellen wir Ihnen einen Jahresbeleg über Zuzahlungen und käuflich erworbene Arzneimittel. Jederzeit können wir Ihnen bereits geleistete Zuzahlungen als Nachweis für Befreiungsanträge ausdrucken.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit die Möglichkeit habe meine Daten einzusehen und in schriftlicher wie in digitaler Form ausgehändigt bekomme. Wonach ich entscheiden kann, welche Daten gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht. Jederzeit können meine Daten ergänzt und vervollständigt werden. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Ich habe das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde, wenn die Verarbeitung meiner Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt.

<b>Name, Vorname, Anschrift</b>	<b>Geburtsdatum</b>
	<b>Telefon/ E-mail</b>
<b>Unterschrift Vertreter Rosen-Apotheke</b>	<b>Unterschrift Kunde</b>
<b>Datum</b>	<b>Kundennr.:</b>