

## Unsere Kundenkarte



### Ihre Vorteile

- Mit einer Kundenkarte den Service von 2 Apotheken nutzen
- Wir notieren, welches Medikament Ihnen gut geholfen hat
- Wir überprüfen, ob sich Ihre vom Hausarzt verschriebenen Medikamente mit den Medikamenten vom Facharzt vertragen
- Wir wissen, ob Sie von Zuzahlungen befreit sind
- Jahresaufstellung Ihrer Zuzahlungen und Aufwendungen für die Krankenkasse und das Finanzamt
- Auf Wunsch erfolgt Ihre Zahlung am Ende des Monats per Lastschrift

### Meine Daten

Vor-/Zuname		geb. am
Adresse		
PLZ, Ort		
Telefon		
E-Mail		
Krankenkasse		
Vers.-Nr.:		
ges. Vertreter		Tel.

Die von mir über die Apotheken bezogenen Arzneimittel und Produkte sind sowohl für mich, wie aber auch für meine Familienmitglieder bestimmt. Somit kann es sein, dass zu meinen personenbezogenen Daten Arzneimittel- und Produktinformationen gespeichert werden, die keine eindeutige gesundheitsbezogene Aussage zu meiner Person zulassen.

Im Rahmen dieser Einwilligungserklärung bin ich als gesetzlicher Vertreter/Betreuer damit einverstanden, dass auch meine Daten in den Apotheken gespeichert werden.

Die Datenschutz-Informationen wurden mir ausgehändigt.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen und in Teilen widerrufen werden. Bei Widerruf sind die Apotheken verpflichtet, meine Daten unverzüglich zu löschen oder zu sperren. Die behördlich und gesetzlich vorgeschriebenen Nachweisdokumentationen und Archivierungsfristen bleiben hiervon unberührt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Einwilligungserklärung zur Speicherung und Verarbeitung personen- und gesundheitsbezogener  
Daten im Rahmen der Beratung und Abgabe von Arzneimitteln/Medizinprodukten  
und anderen apothekenspezifischen Produkten**

**Kaisen-Apotheke**

Borgfelder Heerstr. 51, 28357 Bremen  
Tel.: 0421 63 93 699  
Inhaberin: S. Plietker

**Hollerland-Apotheke**

Kopernikusstr. 63, 28357 Bremen  
Tel.: 0421 27 22 47  
Inhaberin: S. Plietker

Ich bin darüber informiert, dass die oben genannten Apotheken (im Filialverbund) Leistungen anbieten, die die Verbesserung meiner Gesundheit zum Ziel hat. Im Wesentlichen werden dabei berücksichtigt: die Arzneimitteltherapiesicherheit, die persönliche Beratung im Rahmen der Medikation, die ergänzende und vorbeugende persönliche Gesundheitsberatung und die in diesem Rahmen ableitbare Abgabe von Produkten und Arzneimitteln. Zu diesem Zwecke werden die Apotheken zu meiner Person, Medikation und Gesundheit Daten erfassen und speichern. Hierzu gehören neben den allgemeinen persönlichen Angaben wie z.B. Vor-/Zuname, (E-Mail-)Adresse, Geburtsdatum, Krankenversicherung und behandelnde Ärzte, auch Daten zum Gesundheitszustand, zu verordneten und frei verkäuflichen Produkten/Arzneimitteln, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es den Apotheken, mich optimal zu beraten, mögliche Probleme aufzudecken und mich bei der Arzneimittelanwendung, der Therapiesicherheit und dem Gesundheitserhalt zu unterstützen.

Diese individuelle Einwilligungserklärung kann u.a. zu folgenden Vorhaben Anwendung finden:

Speicherung und Archivierung der vorgenannten Daten und Informationen zum Zwecke:

- der Anlage u. Ausgabe einer Kundenkarte
- des Führens einer Patientendatei
- von Arzneimittelinteraktionschecks
- der Nachweise bei Beratungen
- der Weitergabe an einbezogene Dritte zwecks notwendiger fachlicher Rücksprache, wie zum Beispiel dem verordnenden Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal
- der Vorbestellungen von Arzneimitteln/Produkten
- der Nachweise bei Beratungen sowie Blutdruck- und Pulsmessung
- der Übermittlung Ihrer Rezepte bzw. Rezeptdaten an unser Rezept-Rechenzentrum
- der Erstellung eines Nachweisbeleges für den Kunden zur Vorlage bei Behörden oder Kassen
- der Hilfs- und Heilmittelbelieferung
- des Versandes von Arzneimitteln/Produkten
- Werbe- und Marketingkommunikation

Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalte und selbst entscheiden kann, welche Daten ggf. gelöscht, bzw. aktualisiert werden sollen. Soweit gesetzliche und behördliche Vorschriften keine anderen Aufbewahrungsfristen vorsehen, werden meine Daten im Rahmen dieser Erklärung zehn Jahre nach der letzten Aktualisierung von den Apotheken fachgerecht vernichtet und digitale Daten unwiderruflich gelöscht. Die gesetzlich vorgeschriebenen Nachweisdokumentationen bleiben hiervon unberührt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse (Nachweisdokumentation) in den Apotheken gespeichert, archiviert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet, genutzt und an Dritte weitergegeben werden. Dritte in diesem Sinne sind Akteure, die im Rahmen einer Belieferung mit Arzneimitteln/Produkten eingeschaltet werden können (z. B. Hersteller vom Hilfsmittel, Clearingstellen, Pflegedienste u. Ä.). Die Daten sind dem Personal der Apotheken, welches der Schweigepflicht unterliegt, im Rahmen des oben genannten Zweckes zugänglich. Bei Übergabe der Apotheke/n behält diese Einwilligung ihre vollumfängliche Gültigkeit. Sofern Rücksprache mit dem von mir angegebenen Verordner (Arzt/Ärztin) bezüglich einer Verordnung, Arzneimitteltherapie, Arzneimittelinteraktion oder ähnlichem notwendig wird, bin ich damit einverstanden, dass das Apothekenpersonal mit diesem Kontakt aufnimmt.

Eine andere Weitergabe meiner durch die Apotheken erfassten Daten erfolgt nicht, es sei denn, ich stimme dieser ausdrücklich zu.

Ich bin zudem damit einverstanden, dass im Falle einer Nachfolgeregelung (Übernahme der Apotheken/Inhaberwechsel) meine vorgenannten Daten durch den neuen/ die neue Inhaber/in übernommen werden. Eine Erneuerung dieser Einwilligungserklärung ist in diesem Falle nicht notwendig.