

Einwilligungserklärung zur Aufnahme personenbezogener Dateien (Kundenkarte)

Angaben zum Kunden

- Anrede Herr / Frau
- Name, Vorname
- Straße, Nr.
- PLZ, Ort
- Telefon
- E-Mail
- Geburtsdatum
- Krankenkasse
- Zuzahlungsbefreiung wenn ja, bitte Ausweis vorzeigen:
- Kundennummer (wird von der Apotheke vergeben)

Grau markierte Felder sind Pflichtangaben.

Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Fragestellungen notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke mit diesem Kontakt aufnimmt.

nein ja

Hiermit erteile ich die Erlaubnis, dass mein behandelnder Arzt im Bedarfsfall ein von ihm ausgestelltes Rezept direkt an die Rathaus Apotheke oder die Ring Apotheke, Schrobenhausen weitergeben darf.

nein ja

Einwilligungserklärung

Nachweis zur Einwilligung der Aufnahme personenbezogener Daten gemäß DSGVO Art. 7/BDSG-Neu § 51.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten Daten durch die Rathaus Apotheke* bzw. die Ring Apotheke*, Schrobenhausen. Diese Einwilligung bezieht sich auch auf alle Daten zu Medikation und zu Arzneimitteln und Produkte, die ich in den o.g. Apotheken erhalte bzw. erwerbe.

* Damit Sie Ihre Kundenkarte an allen unseren Standorten nutzen können, liegen Ihre Daten ebenda vor.

Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Im Falle eines Inhaberwechsels der Apotheke erteile ich hiermit die Erlaubnis, dass meine persönlichen Daten bis auf Widerruf weitergenutzt werden dürfen.

.....
Datum, Unterschrift

Ich bin mit der Zusendung von Informationen und Einladungen, sowie Grüßen zu Geburts- und Feiertagen per Post, E-Mail, oder Telefon einverstanden.

Der Nutzung meiner Daten zu diesem Zweck kann ich jederzeit widersprechen.

.....
Datum, Unterschrift

Rathaus Apotheke
Apotheker Hanns J. Schultes e.K.
Lenbachplatz 17
86529 Schrobenhausen



Ring Apotheke
Filiale der Rathaus Apotheke
Lenbachstrasse 2
86529 Schrobenhausen

Beiblatt zur Einwilligungserklärung zur Aufnahme personenbezogener Dateien (Kundenkarte)

Zusätzliche Hinweise zum Nutzen Ihrer Kundenkarte, sowie zur Verwendung Ihrer Daten [sh. in Klammern]

Bestmögliche Beratung

Unsere Mitarbeiter beraten Sie umfassend und bestmöglich, insbesondere wenn wir wissen, welche Medikamente Sie bislang in unserer Apotheke erhalten haben.

[Alter, Geschlecht, bestehende Erkrankungen, Allergien, bezogene Arzneimittel]

Arzneimittelsicherheit

Verträgt sich Medikament A mit Medikament B? Wir prüfen Ihre Medikamente auf Wechselwirkungen und Arzneimittel-Unverträglichkeiten. So sind Sie stets sicher beraten.

Auf Wunsch führen wir mit Ihnen auch gerne eine ausführliche Medikationsanalyse durch.

[Alter, Geschlecht, bestehende Erkrankungen, Allergien, bezogene Arzneimittel]

Erstattungsfähigkeit der Medikamente

[Krankenkasse, Alter, Geschlecht]

Zuzahlungsbefreit?

Ihre Befreiungsbescheinigung müssen Sie nur einmalig pro Jahr vorlegen. Mit Ihrem Einverständnis speichern wir die Befreiungsdauer und wissen so stets, dass Sie von Zuzahlungen befreit sind.

[Krankenkasse, Zuzahlungsstatus]

Lieferservice / Bestellungen

Sollten wir eines Ihrer Medikamente einmal nicht vorrätig haben, bringen wir dies im Umkreis von 10 Kilometern gerne bei Ihnen vorbei.

[Name, Anschrift, Telefon, bezogene Arzneimittel]

Verleih von Milchpumpen, Babywaagen und Inhalationsgeräten

Für Kundenkartenbesitzer entfällt beim Geräteverleih die Hinterlegung einer Kautions.

[Name, Anschrift, Telefon, entlehene Geräte]

Jahresabrechnung und Sammelquittung

Wir erstellen für Sie eine Sammelquittung für den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung durch die Krankenkasse oder für die Steuererklärung beim Finanzamt

[Name, Anschrift, bezogene Arzneimittel]

5% Rabatt

erhalten Sie auf alle Produkte Ihrer Wahl aus unserem Sichtwahl- und Freiwahl-Sortiment. Dies gilt aus gesetzlichen Gründen nicht für verschreibungspflichtige Arzneimittel und Zuzahlungen, sowie für Aktionsartikel.

Bargeldloses Bezahlen

Bei einer gewünschten Bezahlung gegen Rechnung bieten wir Ihnen gerne das Lastschriftverfahren an.

[Kontoverbindung]

Persönliche Informationen

Wir gratulieren persönlich zu besonderen Anlässen und haben eine kleine Überraschung für Sie. Wir informieren Sie über unsere besonderen Aktionen und Veranstaltungen und laden Sie persönlich zu Informationsveranstaltungen in unsere Apotheke ein.

[Name, Anschrift, Alter, Geschlecht, E-Mail]

Datenschutz

Wir versichern, dass die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) eingehalten werden und insbesondere Daten, die Ihre Gesundheit betreffen, der Geheimhaltung unterliegen.