BAHNHOF APOTHEKE

KUNDENKARTE

APOTHEKE IM KAUFLAND

Einwilligung zur Aufnahme personenbezogener Daten

Vorname: _____ **Nachname:** _____

Straße/Nr.: _____ **PLZ/Ort:** _____

Telefon: _____ **E-Mail:** _____

Geburtsdatum: _____ **Hausarzt:** _____

Krankenkasse: _____

Zuzahlungsbefreit: ☐ Ja, bis: _____ ☐ Nein

Einwilligungserklärung gemäß DSGVO Art. 7 / BDSG-Neu § 51:

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten von der Bahnhof Apotheke oder der Apotheke im Kaufland Lörrach erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung bezieht sich auf alle Daten zu Medikationen, Arzneimitteln, Produkten und Dienstleistungen, die ich in der Apotheke erhalte bzw. erwerbe.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass bei Notwendigkeit die Bahnhof Apotheke oder die Apotheke im Kaufland Lörrach für Rücksprachen mit meinen behandelnden Ärzten Kontakt aufnimmt.
- Meine Kundendaten dürfen im Rahmen der apothekenbezogenen Dienstleistungen ggf. an externe Dienstleister weitergegeben werden. Nähere Angaben zu den Dienstleistern finden Sie in der Datenschutzerklärung der Apotheken.
- Ich erlaube die direkte Weitergabe von Rezepten der behandelnden Ärzte an die Apotheken.
- Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen, verstanden und stimme dieser zu.
- Ich bin mit der Zusendung von Informationen, Einladungen oder Grüßen zu Geburtstagen per Post, E-Mail oder Telefon sowie mit der Überbringung von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch Botendienste einverstanden.
- Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der Apotheke mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Kundenkarte und die damit verbundenen Dienstleistungen verlieren damit ihre Gültigkeit.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die unten aufgeführte/n Person/en für mich bestimmte Ware in der Apotheke abholen bzw. bei Botenlieferungen diese für mich annehmen dürfen.

☐ Belege meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation) dürfen ebenfalls an die aufgeführte/n Person/en ausgehändigt werden.

_____ _____

_____ _____

Datum: Unterschrift Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Danke für Ihr Vertrauen!

www.bahnhof-apo.de info@bahnhof-apo.de 07621 31 31

www.apo-loerrach.de info@apo-loerrach.de 07621 57 00 546