



Einwilligungserklärung

Die zu den genannten Leistungen benötigten Daten unterliegen in unserer Apotheke der strengen Beachtung der Erfordernisse des Bundesdatenschutzgesetzes und – sofern Medikationsdaten betroffen sind – den Bestimmungen der Berufsordnung der Apotheker. Die Daten sind gegen Verlust und Missbrauch geschützt.

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß §4a Bundesdatenschutzgesetz.

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender Daten:

Anschrift

..... Name Vorname
..... Straße Hausnummer
..... PLZ Ort
..... Geburtsdatum Telefon
..... Fax email
..... Krankenversicherung Versichertennummer
..... Gebührenstatus Gültigkeitsdatum

- der Medikationsdaten (Bezeichnung der von meinem Arzt verordneten Medikamente sowie die Bezeichnung der von mir sonst gekauften nicht verschreibungspflichtigen Medikamente)
- der Produktdaten (Bezeichnung der sonst in der Apotheke gekauften Waren)

durch die Apotheke am Schützenplatz sowie durch speziell von ihr beauftragte, weisungsgebundene Dienstleister zu der beschriebenen persönlichen Beratung und Betreuung. Eine Datenweitergabe an Dritte findet nicht statt.

Ich habe das Recht, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen und kann jederzeit die Einwilligung für die Zukunft widerrufen.

..... Ort, Datum Unterschrift
----------------------------	------------------------------

Gesund werden – gesund bleiben! Ihr Ziel ist unsere Aufgabe.

Apotheke am Schützenplatz
Apothekerin Kerrin Bock

Schützenplatz 1-2
38259 Salzgitter Bad

Tel. 0 53 41 / 3 13 29
Fax 0 53 41 / 3 75 65

www.apotheke-am-schuetzenplatz.com
info@apotheke-am-schuetzenplatz.com

Apotheker- und Ärztebank
(BLZ 300 606 01) Konto 020 448 0082

Sparkasse Goslar/Harz
(BLZ 268 500 01) Konto 96 004 429

Amtsgericht Braunschweig HRA 11161
St.-Nr. 51 / 105 / 09030