

# Einwilligungserklärung Kundenkartenantrag

|             |               |                 |               |
|-------------|---------------|-----------------|---------------|
| Vorname:    | Name:         | Anschrift:      |               |
| Telefonnr.: | Geburtsdatum: | Versichertenr.: | Krankenkasse: |

Ich willige ein, dass die

Rats-Apotheke  
Claudia Brockschnieder e.Kfr.  
Friedrich-Wilhelm-Weber-Platz 35  
33175 Bad Lippspringe  
Webseite: [www.rats-apotheke.biz](http://www.rats-apotheke.biz)

meine oben genannten personenbezogenen Daten sowie Angaben zu von mir künftig erworbenen Produkten speichert. Soweit ich Angaben freiwilliger Art mache, die Rückschlüsse auf meine Gesundheit zulassen oder Rückschlüsse aus den von mir erworbenen Produkten gezogen werden können, willige ich auch ein, dass diese Gesundheitsdaten gespeichert werden.

Zu folgenden Zwecken werden meine Daten gespeichert:

- Im Rahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit zur Prüfung von Wechselwirkungen bei der Therapie mit Medikamenten
- Auskunft über meine persönlichen Arzneimittel, sollte ich die Bezeichnung einmal vergessen haben
- Erstellung von Medikationsplänen
- Zur Möglichkeit, eine Jahresaufstellung meiner Zuzahlungen zu ausstellen zu lassen, die als Nachweis bei Krankenkassen und dem Finanzamt gilt
- Automatische Berücksichtigung von Zuzahlungsbefreiungen
- Lieferservice mittels apothekeneigenem Botendienst
- Zur Möglichkeit, meine Daten zur Abrechnung direkt an meine private Krankenversicherung übermitteln zu lassen, sofern ich dies wünsche
- Um mich mittels personalisierter Werbung auf aktuelle Angebote aufmerksam machen zu dürfen. Die Werbung erfolgt auf dem Postweg an die von mir angegebene Adresse

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für jetzt und die Zukunft widerrufen, indem ich mich an die oben genannte Apotheke formlos wende. Im Fall des Widerrufs werden meine Daten zu den o. g. Zwecken umgehend gelöscht. Ausgenommen davon sind Daten, die insbesondere aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungspflichten weiter gespeichert werden müssen.

Die datenschutzrechtlichen Pflichtinformationen, die in der Apotheke ausliegen und auf der Webseite der Apotheke einsehbar sind, habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_