

# Bonus – Service - Sicherheit

## Die Kundenkarte Ihrer Stadt-Apotheke Neuffen



**Sicherheit :** Wir können Ihre Arzneimittel schneller auf Wechselwirkungen prüfen.

**Befreit?** Wir wissen, ob und bis wann Sie von der Zuzahlung befreit sind.

**Lieferservice:** Wenn Sie nicht zu uns kommen können, dann liefern wir gerne zu Ihnen nach Hause.

**Sammelquittungen:** Auf Wunsch erstellen wir Ihnen am Jahresende eine Sammelquittung zur Vorlage bei der Krankenkasse und/oder dem Finanzamt. Hier sparen Sie unter Umständen bares Geld.

**Sammelrechnungen :** Auf Wunsch legen wir Ihnen eine Sammelrechnung an. Interessant ist diese vor allem für Privatpatienten, Personen mit hohem Arznei- und Hilfsmittelbedarf oder wenn Angehörige und Pflegedienste Besorgungen für Sie erledigen.

**Kontinuität :** Wir wissen, welche Dauermedikamente Sie haben, wenn Ihr Arzt im Urlaub ist oder auch welcher Hustensaft Ihnen letzten Winter so gut geholfen hat.

**Bonus und mehr :** Auf alle nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, Kosmetika und Reformhausartikel erhalten Sie am Jahresende 2% Treuebonus. Weitere Vorteile für Karteninhaber : Keine Notdienstgebühr in unserer Apotheke. Kostenfreie Erstellung von Reiseimpfplänen. Reduzierte Leihgebühren für Babywaagen, Milchpumpen und Inhalationsgeräte.

---

### Ich möchte die Kundenkarte mit dem Service der Stadt-Apotheke | Neuffen

Ich bin mit der Speicherung und Verwendung meiner Daten gemäß der mitgegebenen Einwilligungserklärung einverstanden. Die Angaben sind vertraulich und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ Krankenkasse : \_\_\_\_\_  
Straße : \_\_\_\_\_ PLZ/Ort : \_\_\_\_\_  
Telefon : \_\_\_\_\_ Zuzahlungsbefreiung : Nein \_\_ Ja, bis \_\_\_\_  
E-Mail : \_\_\_\_\_  
Datum : \_\_\_\_\_ Unterschrift : \_\_\_\_\_



Ich möchte den E-Mail Newsletter der Stadt-Apotheke abonnieren. Dieser kann jederzeit abbestellt werden.  
Ich stimme zu über Angebote und Aktionen der Apotheke informiert zu werden

**Stadt-Apotheke**, Hauptstraße 8, 72639 Neuffen, Tel.: 07025 / 2200 Mobil: 0157-58994171  
[www.stadtapotheke-neuffen.de](http://www.stadtapotheke-neuffen.de)

Kundenkarten-Nummer:

## Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung für die Kundendatei / Kundenkarte

Ich bin darüber informiert worden, dass die Stadt-Apotheke in Neuffen

im Zusammenhang mit meiner Kundenkarte meine pharmazeutische Betreuung übernimmt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme (z. B. Wechselwirkungen) zu erkennen und zu lösen. Dies mit dem Ziel die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Darüber hinaus dient die Kundenkarte der Erstellung von Belegen über meine geleisteten Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation zur Vorlage bei den Krankenkassen und dem Finanzamt. Die Kundenkarte ist auch in den Filialbetrieben gültig (ggf. streichen).

Dazu ist es notwendig, meine unten genannten Stammdaten (Name, Anschrift, Kontaktdaten) und meine gesundheitsbezogene Daten (z. B. behandelnder Arzt, Allergien, Erkrankungen, Kostenträger) sowie Angaben zu meiner Medikation zu speichern. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln, der Inhalt von Beratungsgesprächen, der Abgleich von Interaktionen sowie die Erhebung meiner Eigenleistungen. Diese Daten ermöglichen meine optimale Beratung und Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung sowie die Quittierung meiner Eigenleistungen gegenüber Krankenkassen und Finanzamt. Eine Verwendung meiner personenbezogenen Daten zu anderen Zwecken erfolgt nicht. Damit meine Apotheke diese Leistung erbringen kann, ist meine Einwilligung hierzu erforderlich.

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten, die zu meiner pharmazeutischen Betreuung notwendig sind und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert werden. Darüber hinaus bin ich mit der Speicherung meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten, Selbstmedikation) einverstanden.

Da der/die Apothekeninhaber/in und das Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten/Zahnärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke diesen Kontakt aufnimmt. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke, als auch meinen Arzt/Zahnarzt von der Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir erhobenen personenbezogenen Daten und Angaben zu Arzneimitteln und anderen Produkten, die für mich verordnet wurden bzw. die ich in der Apotheke erhalte, auf meinen Wunsch für die Aktualisierung eines Medikationsplans nach § 31a Abs. 3 Satz 2 SGB V verwendet werden können.

Auf die Möglichkeit zur Einsichtnahme der nach Art. 13 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bei der Erhebung personenbezogener Daten in der Apotheke bereitzustellenden weiteren Informationen bin ich hingewiesen worden.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in meine Daten sowie schriftliche Auskunft darüber erhalten und selbst entscheiden, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten 3 Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen durch formlose Erklärung für die Zukunft widerrufen werden. In diesem Fall verliert die Kundenkarte ihre Gültigkeit.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen. Sollte ich weitere Fragen zur Kundendatei kann ich mich jederzeit an das Apothekenpersonal wenden. Sollte ich Fragen zum Datenschutz haben, kann ich diese jederzeit stellen und mich darüber hinaus vertraulich an den Datenschutzbeauftragten der Apotheke ( Ulrike Silber, Hauptstraße 8, 72639 Neuffen – Tel. 07025 / 2200 E-Mail: dsb@stadtapotheke-neuffen.de ) wenden.

Ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.