

---

## **VA 08\_2A1 Einwilligung Kundenkarte**

### **Antrag für eine kostenlose Kundenkarte**

#### **Einwilligungserklärung**

Ich bin darüber informiert worden, dass die **Luftschiff-Apotheke in Mannheim**

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.

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



Lüderitzstrasse 44 - 46  
68219 Mannheim

Kundenkarten - Nummer

**Antrag für eine kostenlose Kundenkarte**

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Strasse** \_\_\_\_\_

**Tel. – Nr.** \_\_\_\_\_

**Krankenkassen-  
Nummer  
(von Chipkarte)** \_\_\_\_\_

**Versicherten-  
Nummer  
(von Chipkarte)** \_\_\_\_\_

**Hausarzt** \_\_\_\_\_

**Zuzahlungs-  
befreit** ja  , bis \_\_\_\_\_ nein

**Datum, Unterschrift**  
\_\_\_\_\_