Apotheke am Kreideberg

Stammkundenblatt der Apotheke am Kreideberg

Anrede: ☐ Frau ☐ Herr

Name: Vorname:

Straße, Nr.: PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum: Telefon:

Befreiung: ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, befreit bis:

☐ Privatpatient ☐ Kassenpatient E-Mail:

Einverständniserklärung

zutreffendes bitte ankreuzen

Ich bin darüber informiert worden, dass die pharmazeutische Betreuung ein Angebot ist, welches die Erkennung und Lösung von arzneimittel- und gesundheitsbezogenen Problemen beinhaltet.
Für diesen Zweck möchte meine Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen.
Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand und zur Anwendung von Arzneimitteln.

☐ Durch das Kreuzen dieses Kästchens erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten in der Apotheke am Kreideberg. Diese Einwilligung bezieht sich auch auf alle Daten zu Medikationen und zu Arzneimitteln und Produkten, die ich in dieser Apotheke erwerbe.
Eine Weitergabe der Kundendaten an Dritte findet nicht statt.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen. Dies kann direkt in der Apotheke, per Telefon/ E-Mail oder durch schriftliche Korrespondenz erfolgen. Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert werden. Da der Apotheker/die Apothekerin und das Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine schriftliche Zustimmung weitergegeben.
(Ausnahme : **Gefahr im Verzug!** Hier geben wir nur an die behandelnden Ärzte die Daten weiter.)
Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht /schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten.

Die Apotheke verpflichtet sich, im Rahmen der Nutzung der Kundendaten die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten. Alle Mitarbeiter, die Zugang zu den Kundendaten haben, haben dies bereits schriftlich erklärt.

Weitere Hinweise

Es gibt keinen Anspruch auf Vollständigkeit der Daten!

Meine Daten werden 10 Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

☐ Ich bin damit einverstanden, über Informationsveranstaltungen per Post oder E-Mail informiert zu werden.

Wenn Sie die Medikamente einmal nicht selbst abholen können.

☐ Ich ermächtige die Apotheke am Kreideberg mir Medikamente zu schicken, dazu darf das mit der Werbung bedruckte Lieferfahrzeug verwendet werden.

Sollte ich nicht persönlich die Medikamente entgegennehmen, erlaube ich die Abgabe:

☐ an Familienmitglieder / Mitbewohner innerhalb des Haushaltes

☐ als Einwurf in den Briefkaste (dies erfolgt nicht bei Kühlartikeln, Betäubungsmitteln oder zu großen Packungen)

☐ an folgende Nachbarn _____ (ein Infozettel liegt dann im Briefkasten)

Die pharmazeutische Beratung zu den Medikamenten erfolgt im Vorfeld stets in der Apotheke.

Die Apothekenkarte ist Eigentum der Apotheke am Kreideberg.
Ein Verlust der Apotheken-Karte ist uns umgehend mitzuteilen.

Ich bin davon unterrichtet, dass der Gebrauch der Kundenkarte freiwillig ist und mir keinerlei Nachteile aus dem Nichtgebrauch entstehen.

Ort, Datum Unterschrift

Apotheke am Kreideberg * Telefon: 0 41 31 - 3 14 83 *

Apotheke am Kreideberg
Thorner Straße 27/29
21339 Lüneburg

Danke für das Vertrauen!
Das Team der Apotheke am Kreideberg.