

NAME:

VORNAME:

GEBURTSDATUM:

## DATENSCHUTZVEREINBARUNG

Ich bin darüber informiert worden, dass die Honberg Apotheke und Ihre Filial-Apotheken – nachfolgend Apotheke(n) genannt - mit meiner Kundenkarte meine Betreuung übernimmt, um arzneimittelbezogene und gesundheitliche Probleme zu erkennen und zu lösen.

Dazu ist es notwendig, personen- und gesundheitsbezogene Daten sowie Angaben zu meiner Medikation zu speichern. Dazu gehören Daten zum allgemeinen Gesundheitszustand, zur Anwendung und Einnahme von Arzneimitteln, dem Inhalt von Beratungsgesprächen, dem Abgleich von Interaktionen sowie die Erhebung meiner Eigenleistungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die zu meiner Betreuung notwendigen gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke verarbeitet werden.

Darüber hinaus bin ich mit der Speicherung meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten, Selbstmedikation etc.) einverstanden. Ich stimme zu, dass diese Datenschutzvereinbarung für alle internen Abläufe der Apotheken gilt.

Da die Apothekenleiterin/der Apothekenleiter und das Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine ausdrückliche Zustimmung an Dritte weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme notwendig wird, bin ich jedoch damit einverstanden, dass meine Apotheke diesen Kontakt aufnimmt und Informationen austauscht.

Selbstverständlich habe ich jederzeit das Recht Einsicht und schriftliche Auskunft in meine bei den Apotheken gespeicherten Daten zu erhalten. Ich kann jederzeit selbst entscheiden, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von den Apotheken gelöscht.

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

DATUM, UNTERSCHRIFT

INTERNER VERMERK:

NAME:

VORNAME:

GEBURTSDATUM:

## DATENSCHUTZVEREINBARUNG

Ich bin darüber informiert worden, dass die Honberg Apotheke und Ihre Filial-Apotheken – nachfolgend Apotheke(n) genannt - mit meiner Kundenkarte meine Betreuung übernimmt, um arzneimittelbezogene und gesundheitliche Probleme zu erkennen und zu lösen.

Dazu ist es notwendig, personen- und gesundheitsbezogene Daten sowie Angaben zu meiner Medikation zu speichern. Dazu gehören Daten zum allgemeinen Gesundheitszustand, zur Anwendung und Einnahme von Arzneimitteln, dem Inhalt von Beratungsgesprächen, dem Abgleich von Interaktionen sowie die Erhebung meiner Eigenleistungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die zu meiner Betreuung notwendigen gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke verarbeitet werden.

Darüber hinaus bin ich mit der Speicherung meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten, Selbstmedikation etc.) einverstanden. Ich stimme zu, dass diese Datenschutzvereinbarung für alle internen Abläufe der Apotheken gilt.

Da die Apothekenleiterin/der Apothekenleiter und das Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine ausdrückliche Zustimmung an Dritte weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme notwendig wird, bin ich jedoch damit einverstanden, dass meine Apotheke diesen Kontakt aufnimmt und Informationen austauscht.

Selbstverständlich habe ich jederzeit das Recht Einsicht und schriftliche Auskunft in meine bei den Apotheken gespeicherten Daten zu erhalten. Ich kann jederzeit selbst entscheiden, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von den Apotheken gelöscht.

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

DATUM, UNTERSCHRIFT

INTERNER VERMERK: