

Einwilligungserklärung zur Erstellung einer Fortuna-Apotheke Kundenkarte unter Beachtung der DSGVO

Kartennummer:	_____		
Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	PLZ, Ort:	_____
Telefon:	_____	Fax:	_____
Geburtsdatum:	_____	E-Mail:	_____
Krankenkasse:	_____	Kassen-Nr.:	_____
Vers.-Nr.:	_____	Status:	frei / pflichtig, wenn frei, bis.: _____

Leiden Sie unter einer Allergie? ☐ ja ☐ nein,

wenn ja welche? _____

Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung ☐ ja ☐ nein,

wenn ja unter welcher? _____

Ich bin damit einverstanden, daß meine persönlichen Daten ausschließlich für interne Zwecke auf der Computeranlage der Fortuna-Apotheke, Birgitta Kuhn, Budenheim gem. DSGVO bis auf Widerruf gespeichert werden. Es gelten die Richtlinien zur Führung einer Patientendatei in der Fortuna-Apotheke, sie wurden mir ausgehändigt, ich habe sie gelesen und hiermit akzeptiert, siehe Anlage

Budenheim, den _____ Unterschrift: _____

Anlage zur Einwilligungserklärung zur Erstellung einer Fortuna-Apotheke Kundenkarte

In der Fortuna-Apotheke wird für mich eine elektronische Patientendatei geführt. Dazu werden folgende Daten von mir gespeichert:

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer(n), E-Mail-Adresse(n), Angaben zur Krankenkasse und etwaige Zuzahlungsbefreiungen sowie Daten zu meinen Erkrankungen, meinen behandelnden Ärzten und meiner Arzneimitteltherapie, die sich aus vorgelegten Verordnungen oder Verkäufen von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ergeben.

Meine Daten werden hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, pharmazeutisch geprüft. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern.

Zudem dient die Kundenkarte dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen (Zuzahlungsbescheinigung).

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten von berechtigten Mitarbeitern der Apotheke, die alle der Schweigepflicht unterliegen, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Wenn Sie bei uns ein Rezept der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines anderen Kostenträgers einlösen, erheben und verarbeiten unsere Mitarbeiter die personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten auf ihrem Rezept (Name, Adresse, Geburtsdatum, Krankenkasse, Versichertennummer, Status, Medikation, verordnender Arzt, bei Hilfsmittelrezepten die Indikation/Diagnose). Dazu übermitteln wir in analoger Form und digitaler und verschlüsselter Form die Rezeptdaten an ein von uns beauftragtes Rechenzentrum, welches ihre Daten und die Daten anderer Versicherter in der GKV und anderen Kostenträgern gebündelt an die jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen oder anderen Kostenträger zum Zwecke der Rezeptabrechnung weitergibt. Zugriff auf diese Daten haben daher unsere Mitarbeiter und das Rechenzentrum.

Unser Rechenzentrum ist:

Apotheken-Rechen-Zentrum GmbH

Schottener Weg 5 · D-64289 Darmstadt

Tel.: +49 (0)6151 7002 0

Fax: +49 (0)6151 7002 140

E-Mail: mail@arz-darmstadt.de

Wir verarbeiten Ihre Daten unter Einbindung dieses Rechenzentrums im Rahmen der Rezeptabrechnung mit der GKV gemäß §§ 300, 302 SGB V. Wir löschen ihre Daten nach der Abrechnung mit der GKV oder anderen Kostenträgern, sobald gegenüber der Apotheke keine Rechnungsbeanstandungen mehr möglich sind.

Wir haben alle unsere Mitarbeiter und das Rechenzentrum zur Verschwiegenheit und zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet.

Im Falle der Direktabrechnung mit der privaten Krankenversicherung (PKV) rechnen wir direkt mit Ihrer Krankenversicherung auf Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit der PKV ab. Eine Löschung erfolgt gem. § 147 Abgabenordnung (AO).

Um die Versicherten schnellstmöglich mit den verordneten Hilfsmitteln versorgen zu können, nutzt die Apotheke eine sogenannte Clearingstelle. Die Clearingstelle prüft für uns, ob die verordneten Hilfsmittel abrechnungsfähig mit der Krankenkasse sind und stellt Kostenvoranschläge zur Genehmigung an die Krankenkasse.

Unsere Clearingstelle ist:

Apothekerverband Rheinland-Pfalz e. V. – LAV

Terrassenstraße 18

55116 Mainz

Tel.: 06131/20492-0

Fax: 06131/20491-15

E-Mail: lavg@lavg-rp.de

Die Daten werden in der Apotheke dem Rechenzentrum und der Clearingstelle ausschließlich zu den oben genannten Zwecken gespeichert und verarbeitet.

Personenbezogene Daten werden dabei nur solange gespeichert, bis der Zweck, zu dem sie überlassen wurden, erfüllt ist.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme auch aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Arzneimitteln ergeben, wird mich mein Apotheker um mein Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme bitten und ihn über diese anderweitige Medikation unterrichten. Ich bin damit einverstanden, dass mich mein Apotheker diesbezüglich auch telefonisch oder postalisch kontaktieren darf.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten fünf Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich oder in Textform (E-Mail) ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ich habe die Datenschutzerklärung, in der ich über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung und dem nationalen Datenschutzrecht informiert wurde, zur Kenntnis genommen.

Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an den Verantwortlichen:

Frau Birgitta Kuhn e.Kfr., Inhaberin der Fortuna-Apotheke

Jahnstraße 5

55257 Budenheim

wenden.

- Ich möchte regelmäßig über Angebote und Aktionen der Apotheke informiert werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke mir Gutscheine sowie Grußkarten zu Geburtstagen, Feiertagen und anderen besonderen Anlässen zuschickt.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Falle eines Verkaufs, einer Verpachtung oder einer Kooperation mit einer oder mehreren Apotheken weitergegeben werden.