



**Patientenstammbogen und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur
Verarbeitung personenbezogener Daten
gemäß DSGVO der Winckelmann-Apotheke Stendal**

Bitte gut leserlich ausfüllen!

Name:	
Geburtsdatum:	Telefon:
Straße / Hausnr.:	
PLZ / Ort:	
Krankenkasse:	Versichertennummer:
E-Mail Adresse:	

Gesetzliche Zuzahlung
(bitte ankreuzen und ggfs. ergänzen)

- Zuzahlungspflichtig Zuzahlungsfrei bis _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Winckelmann Apotheke widerruflich, die Rechnungsbeträge
 einschließlich der noch offenen Posten
vom nachfolgend genannten Konto im Lastschriftverfahren abzubuchen. Die Bedingungen der Banken
für die Teilnahme am Lastschriftverfahren erkenne ich als Kunde an.

Bitte gut leserlich ausfüllen unterschreiben!

IBAN:	BIC:
Kreditinstitut:	
Kontoinhaber:	
Datum:	Unterschrift:

NICHT ausfüllen – INTERNE Verwendung!

Apotheke - Kundennr.:	Apotheke - Debitorennr.:	
Apotheke - Mandatsreferenznummer:		Zyto: (JA/NEIN)
Homecare - Kundennr.:	Homecare - Debitorennr.:	
Homecare - Mandatsreferenznummer:		

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung gemäß DSGVO

Ich bin darüber informiert, dass die **Winckelmann Apotheke Inh. Dr. A. Thal e.K.**, **Wendstraße 30 in 39576 Stendal** im Zusammenhang mit meiner Therapie und Kundenkarte meine pharmazeutische Betreuung übernimmt, um Arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme (z.B. Wechselwirkungen) zu erkennen und zu lösen. 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, personenbezogene Stammdaten (insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kontaktdaten) und gesundheitsbezogene Daten (z.B. Allergien) sowie Angaben zu meiner Medikation zu erfassen und im Computersystem und der Datensicherung 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 Betreuung 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 die **Winckelmann Apotheke Inh. Dr. A. Thal e.K.** diese Leistungen 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 gewonnen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert werden. Darüber hinaus bin ich mit der Speicherung meiner Eigenleistung (Zuzahlung, Mehrkosten, Selbstmedikation) einverstanden.

Da die Apothekenmitarbeiter der Schweigepflicht unterliegen, werden Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund arzneimittelbezogener Probleme notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass die **Winckelmann Apotheke Inh. Dr. A. Thal e.K.** diesen Kontakt aufnimmt. 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 **Winckelmann Apotheke Inh. Dr. A. Thal e.K.** erhalte, auf meinen Wunsch für die Aktualisierung des 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 Informationen bin ich hingewiesen worden.

Eine Weitergabe meiner Daten an Dritte ist untersagt und wird nicht erfolgen. Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei schriftliche Auskunft darüber erhalten und selbst entscheiden, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen durch eine schriftliche Erklärung für die Zukunft widerrufen werden.

Das Widerrufsrecht kann ich schriftlich ausüben an folgende Adresse:

Winckelmann Apotheke
Inh. Dr. Arvid Thal e.K.
Wendstraße 30
39576 Stendal

Datum: _____

Unterschrift: _____

Erstellt: M. Mehlicke (PL/KL) B. Friedrichs	Stand: 01/2021	Revisionstand: 1	Nächste Revision: b. Bed.
Dokument verantwortlich: B. Friedrichs	Seite 2 von 2	Überprüft: M. Mehlicke	Freigabe: B. Friedrichs/ M. Mehlicke