



# Datenschutzerklärung

## Einwilligung zur elektronischen Patientendatei

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
ggf. E-Mail\*: \_\_\_\_\_

\* freiwillige Angabe  
(siehe weitere Zwecke unten)

In der **SCHWAN-APOTHEKE, PELLWORMER APOTHEKE, LINDEN-APOTHEKE, LAMBERTI-APOTHEKE** und/oder **OSTENFELDER APOTHEKE** wird eine elektronische Patientendatei für mich geführt. Hierzu werden die oben gemachten Angaben sowie Daten zu meinen Erkrankungen, meinen behandelnden Ärzten und meiner Arzneimitteltherapie, die sich aus vorgelegten Verordnungen oder OTC-Verkäufen ergeben, sowie ggf. Informationen über die Befreiung von der Zuzahlung erfasst. Gesundheitsrelevante Daten werden hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z.B. Wechselwirkungen und/oder Problemen bei der Anwendung, geprüft. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und damit auch Arzneimittelrisiken zu verringern. Zudem dient die Kundenkartei dazu, Nachweise zu geleisteten Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen (Zuzahlungsbescheinigung).

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu den beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, dies ist zur Vertragserfüllung nötig (z.B. zur Rezeptabrechnung über das Apotheken-Rechenzentrum, Einholung von Genehmigungen zur Hilfsmittelbelieferung, ...) oder ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

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

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfreie Einsicht oder schriftliche Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche ggf. gelöscht werden sollen. Soweit andere Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen und mit sofortiger Wirkung widerrufen werden.

Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz haben, kann ich mich jederzeit an die/den Verantwortliche/n (Inhaber - Filialleitung) und/oder vertraulich an die/den Datenschutzbeauftragte/n bzw. die zuständige Landesdatenschutzbehörde (siehe Aushang) wenden.

### Einverständnis zur Datenübernahme

(für bestehende Kunden der **SCHWAN APOTHEKE** und/oder **PELLWORMER APOTHEKE** | Apotheker Gerd Paulsen e.K.)

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass meine bisher gespeicherten Daten nach dem Inhaberwechsel zum/ab April 2026 weiterhin für oben genannte Zwecke verwendet werden dürfen.

ggf. Einverständniserklärung zu weiteren Zwecken/Serviceangeboten (auf Wunsch ankreuzen)

Ich bin damit einverstanden, dass ich zukünftig per  Post  E-Mail  Telefon über Angebote und Aktionen der Apotheke/n informiert werde.

Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke/n mir Gutscheine und Grußkarten zu Geburtstagen, Feiertagen und anderen besonderen Anlässen zuschickt.

Ich habe diese Erklärung, in der ich über meine Rechte nach Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem nationalen Datenschutzrecht (BDSG) informiert wurde, zur Kenntnis genommen und stimme dieser mit meiner Unterschrift zu.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer)