

Schloss Apotheke Pillnitz
Frau Golde, e.Kfr.
An der Schäferei 1
01326 Dresden
(i.F. Apotheke genannt)

Einwilligungserklärung zum Datenschutz nach DSGVO

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die **Einwilligung zur Speicherung meiner Daten im Rahmen einer Kundenkarte.**

Die Datenspeicherung dient zum Zweck der pharmazeutischen Betreuung und der Erstellung von Zahlungsnachweisen für die Krankenkassen und das Finanzamt.

Ich bin einverstanden, dass neben den **personenbezogenen Daten auch Gesundheitsdaten, insbesondere zu Medikamenten und anderen Produkten**, die ich in der Schloss-Apotheke Pillnitz erwerbe, gespeichert werden.

Eine **Weitergabe der Kundenkartendaten an Dritte findet nicht statt**, sofern dem keine gesetzlichen Vorschriften entgegenstehen.

Darüber hinaus willige ich ein, dass die Schloss-Apotheke Pillnitz **Auskünfte vom rezeptierenden Arzt** zur korrekten Medikation oder vergleichbare erforderliche Informationen einholen darf.

Ich habe das Recht, jederzeit Einsicht in meine Daten zu nehmen und kann jederzeit deren Berichtigung und Löschung fordern, sofern keine übergeordneten gesetzlichen Vorschriften die Datenspeicherung weiterhin erfordern.

Ich erteile diese Einwilligung freiwillig und kann sie jederzeit formlos widerrufen.

Weitere Kundeninformationen zum Datenschutz hängen in der Apotheke aus.

Folgende personenbezogenen Daten werden erstmalig für die Kundenkarte erfasst:

Datum, Ort

Unterschrift des Kunden / der Kundin

Folgende personenbezogenen Daten werden für die Kundenkarte erstmalig erfasst:

Vorname/Name: _____

Straße / Haus-Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geburtstag: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr.: _____

Status: _____

befreit bis: _____