



# Erklärung des Bewohners über die Versorgung mit Medikamenten

## Vereinbarung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse:

Von der Zuzahlung befreit? ( Ja ), bis: \_\_\_\_\_ (Nein)

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ihr Betreuer/in (soweit bestellt):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Hiermit beauftrage ich die Vorstadt Apotheke mir meine Medikamente (gemäß Verordnung bzw. frei- und apothekenpflichtige Medikamente) zu liefern.

Falls es mir oder einer von mir beauftragten Person nicht möglich ist, die Verordnung einzulösen, kann auch das Heim bzw. eine dort beauftragte Person die Verordnung einlösen. Mir ist bekannt, dass ich das freie Wahlrecht meiner versorgenden Apotheke habe und die Vereinbarung jederzeit widerrufen kann.

Alle persönlichen Daten werden von uns ausschließlich für Ihre optimale Beratung und Betreuung verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Auf Wunsch werden Ihre Daten jederzeit aus unserem System gelöscht!

Mit meiner Unterschrift auf der Rückseite bestätige ich ebenso, dass ich mit der Speicherung meiner Daten einverstanden bin.



**Wir bewegen uns für Sie.**

## Einwilligung gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer und meine medizinischen Daten allein für die Erfüllung der Kundenkartenleistungen erhoben und genutzt werden. Diese Daten dürfen bei einem Apothekenverkauf an den Käufer übergeben werden.

Für jede darüber hinaus gehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen muss meine Einwilligung erfolgen.

Ich bin gemäß Art. 15 DSGVO jederzeit berechtigt eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den von mir gespeicherten Daten zu verlangen.

Gemäß Art. 16ff DSGVO kann ich jederzeit von Ihnen die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Den Datenschutzbeauftragten erreiche ich unter der E-Mail Adresse [datenschutz@vorstadt-apotheke.de](mailto:datenschutz@vorstadt-apotheke.de)

Ich kann darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Ich kann den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.  
Datenschutz:

Die aus dieser Vereinbarung resultierenden Daten werden nur im Rahmen Ihrer Pharmazeutischen Betreuung und nur für Ihre Gesundheitsprobleme verwendet. Es findet kein Datenaustausch und anderweitige Verwendung statt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner/in bzw. Betreuer/in