

Einwilligungserklärung für Ihre persönliche Gesundheitskarte

- Mit Hilfe Ihrer Gesundheitskarte wissen wir ganz genau, welche Medikamente Sie bislang von unserer Apotheke erhalten haben. Hierdurch erhalten Sie eine umfassende und bestmögliche Beratung.
- Wir prüfen Ihre Arzneimittel individuell auf Verträglichkeit und Wechselwirkungen.
- Sollten Sie von der Rezeptgebühr befreit sein, genügt eine einmalige Vorlage Ihres Befreiungsausweises.
- Sie erhalten eine Übersicht Ihrer Zuzahlungen für die Rückerstattung durch Ihre Krankenkasse. Außerdem dient die Gesundheitskarte der Erstellung von Belegen über geleistete Mehrkosten und Gesundheitsaufwendungen zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse und dem Finanzamt.
- Bei Fragen oder Unklarheiten zu Rezepten und ärztlichen Empfehlungen kontaktieren wir gerne für Sie Ihren Arzt.
- Um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme zu erkennen und umgehend zu lösen, werden personen- und gesundheitsbezogene Daten sowie Angaben zu Ihrer Medikation bei uns gespeichert. Hierzu gehören auch Daten zu Ihrem Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen.
- Mit unserer Gesundheitskarte erhalten Sie zudem **3% Sofortrabatt auf unser Freiwahlsortiment sowie auf alle apothekenpflichtigen, nicht preisgebundenen Arzneimittel. Ausgenommen sind Sonderrabatte, Rezeptanteile, Zuzahlungen und Serviceleistungen.**

Hiermit beantrage ich die Erstellung meiner persönlichen Gesundheitskarte:

Nachname:
Straße:
Geburtsdatum:
E-Mail:

Vorname:
PLZ, Ort:
Telefonnummer:

Hiermit erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten durch die Bockmann Apotheken.

Meine Einwilligung bezieht sich auch auf alle Daten zu Medikationen und zu Arzneimitteln und Produkten, die ich in den Bockmann Apotheken erwerbe.

Eine Weitergabe meiner Gesundheitskartendaten an unbefugte Dritte findet nicht statt. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke diesen Kontakt aufnimmt. Ich erteile diese Einwilligungserklärung freiwillig und kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen. In diesem Fall verliert die Gesundheitskarte ihre Gültigkeit. Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in meine Daten sowie schriftliche Auskunft darüber erhalten. Ich kann zu jedem Zeitpunkt deren Berichtigung oder Löschung fordern, sofern keine übergeordneten gesetzlichen Vorschriften die Datenspeicherung weiterhin erfordern. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Ort, Datum, Unterschrift:
