

**Schildhorn Apotheke**  
Herr PhR Dr. rer. nat. Detlef Glaß, e.K.  
Schloßstr. 19  
12163 Berlin  
Telefon: 030 - 791 40 88  
[www.schildhorn-apotheke-berlin.de](http://www.schildhorn-apotheke-berlin.de)



## Einwilligungserklärung zur Kundenkarte

Die kostenlose Kundenkarte unserer Apotheke beinhaltet folgende Leistungen:

- Sie erhalten eine pharmazeutische Betreuung mit dem Ziel Arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme zu erkennen und zu lösen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Wir prüfen Ihre Arzneimittel auf Wechselwirkungen und Probleme bei der Anwendung.
- Sie erhalten auf Nachfrage einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei der Krankenkasse oder dem Finanzamt.
- Auf Wunsch speichern wir die Daten ihrer Befreiung von der Zuzahlung bei Vorlage der Bescheinigung.
- Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre Daten für die Bearbeitung, Erstellung und Aktualisierung Ihres **Medikationsplanes gemäß § 31a SGB V** sowie für Zwecke der pharmazeutischen Beratung und der Medikationsanalyse, z.B. des Abgleiches von Arzneimittelwechselwirkungen und geben diese an die behandelnden Ärzte weiter, die diese Daten ebenfalls zu diesen Zwecken verarbeiten und nutzen.
- Bei Fragen oder Unklarheiten zu Rezepten und ärztlichen Empfehlungen bestimmter Arzneimittel kontaktieren wir, nach Rücksprache mit Ihnen, Ihre Ärzte oder Zahnärzte.
- Sie erhalten je bezahlten Euro für nicht verschreibungspflichtige Waren und Dienstleistungen zwei Punkte auf Ihrem Kundenkonto gutgeschrieben. Ab einem Punktestand von 500 Punkten können Sie die gesammelten Punkte in Form eines Guthabens von 5 Euro beim nächsten Einkauf von nicht verschreibungspflichtigen Artikeln einlösen. Die Verrechnung der Punkte kann immer nur bei Erreichung von 500 / 1000 / 1500 Punkten usw. erfolgen.

### **Bitte kreuzen Sie an:**

- Ja, ich bin damit einverstanden, weitere Informationen zu Gesundheitsthemen wie Produkten, Aktionen, Vorträgen, besondere Anlässe (Geburtstage, Jubiläen)
  - per Post
  - per E-Mail

von meiner Apotheke zu erhalten.

- Nein, ich möchte keine weiteren Informationen zu Gesundheitsthemen und besonderen Anlässen.

Name, Vorname \*

Geburtstag

Straße \*

PLZ/Ort \*

Telefon

E-Mail

Krankenkasse

befreit bis

Bekannte Allergien

\* Pflichtangaben

Hiermit erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten Daten durch die Schildhorn Apotheke und ihre Partnerapotheken (Prenz`l-Apotheke in 10439 Berlin und Nordring Apotheke in 10437 Berlin).

**Meine Einwilligung bezieht sich neben meinen personenbezogenen Daten auch auf alle Daten zu Medikationen und zu Arzneimitteln und Produkten, die ich in der Schildhorn Apotheke und ihren Partnerapotheken erhalte bzw. erwerbe.**

Eine Weitergabe meiner Kundenkartendaten an unbefugte Dritte findet nicht statt. Im Falle eines Inhaberwechsel der Apotheke stimme ich der Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber zu:  Ja /  Nein

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf **freiwilliger Basis** erfolgt. Weiterhin bin ich darauf hingewiesen worden, dass ich meine Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** kann. Im Fall des Widerrufs kann ich die Löschung meiner Kundendaten nach DSGVO Art. 30 Abs. 1 verlangen, sofern nicht gesetzliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Sollte mein letzter Besuch länger als 1 Jahr zurückliegen, werden meine Daten nach DSGVO Art. 30 Abs. 1 gelöscht.

Datum/Unterschrift: .....