Antrag für eine Gesundheitskarte Ihrer Engel Apotheke

Karten-Nr.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Zuzahlung: frei ☐ pflichtig ☐

Privatversichert ☐

Krankenkasse

☐ Ich wurde über die aktuelle Datenschutzverordnung aufgeklärt und habe eine Kopie meiner Einwilligung erhalten.

Datum Ort

Unterschrift

Sie haben Fragen zu Ihrer persönlichen Gesundheitskarte? Wenden Sie sich bitte an uns. Wir helfen Ihnen gern weiter.

Engel APOTHEKE
Quelle Ihrer Gesundheit

Engel Apotheke
Inhaber Niklas Komanns
Lotterbergstraße 57
87439 Kempten

Tel.: 08 31 / 9 71 70
Fax: 08 31 / 9 86 12
info@engel-apotheke-kempten.de
www.engel-apotheke-kempten.de

Öffnungszeiten: Mo - Do: 08.00 – 13.00 Uhr
14.00 – 18.30 Uhr
Fr: 08.00 – 18.30 Uhr
Sa: 08.00 – 13.00 Uhr

Engel APOTHEKE
Quelle Ihrer Gesundheit

Ihre persönliche GESUNDHEITSKARTE

www.engel-apotheke-kempten.de

Arzneimittelsicherheit

„Ich verliere manchmal den Überblick über meine Medikamente!“
Kein Problem! Wir behalten den Überblick und informieren Sie über Wechselwirkungen und Risiken.

Arzneimittelgedächtnis

„Ich vergesse manchmal den Namen eines Medikaments!“
Nicht schlimm! Wir erinnern uns für Sie und sorgen dafür, dass Sie Ihre gewohnte Arznei bekommen!

Sammelquittung am Ende des Jahres

„Am Jahresende benötige ich für die Krankenkasse oder das Finanzamt eine Sammelquittung.“
Gerne! Auf Wunsch stellen wir Ihnen diese aus, so dass Sie sich das Sammeln der einzelnen Quittungen sparen können.

Lieferservice

„Das schaffe ich heute nicht mehr abzuholen.“
Wichtige Medikamente bringen wir Ihnen auch gerne nach Hause!

Engelpunkte sammeln

Unsere Belohnung für Ihre Treue
Bei einem Einkauf mit der Gesundheitskarte erhalten Sie pro 5,- € Wert einen Engelpunkt. Engelpunkte erhalten Sie auf alle unseren freiverkäuflichen Artikel.

Engelpunkte einlösen

Haben Sie 40 Engelpunkte gesammelt?
Bringen Sie uns das volle Bonusheft und erhalten Sie 10,- € Gutschrift auf alle nicht verschreibungspflichtigen Artikel.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung für Gesundheitskarten

Name

Vorname

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Ich bin damit einverstanden, dass die Engel Apotheke...

- meine personenbezogenen Daten
- meine personenbezogenen Daten aus ärztlicher Verordnung
- meine personenbezogenen Daten aus meiner Selbstmedikation
- meine Medikationspläne
- Informationen über meinen Gesundheitszustand und meine Allergien

...speichert.

Das geschieht...

- um meine persönliche Beratung und Betreuung zum Zwecke der Arzneimitteltherapiesicherheit zu ermöglichen. Es werden alle Daten umfassend im Warenwirtschaftssystem gespeichert, um über Unverträglichkeiten und eventuelle Wechselwirkungen allumfassend informieren zu können.
- um die Erstellung der Zuzahlungsquittung am Jahresende zu ermöglichen. Es werden alle wichtigen Daten erhoben, verarbeitet und gespeichert, wenn nötig auch vom Apotheken-rechenzentrum im Auftrag der Apotheke.
- um gegebenenfalls Geburtstagsgrüße übermitteln zu können.

Die gespeicherten Daten können auf meinen Wunsch...

- persönlich eingesehen werden, ebenso kann ich schriftlich Auskunft über meine Daten verlangen. Siehe auch Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).
- jederzeit teilweise oder ganz gelöscht werden.
- jederzeit aufgrund anderer gesetzlicher Vorgaben zur Weiterverarbeitung gesperrt werden.

Da der Apothekeninhaber und seine Mitarbeiter der Schweigepflicht unterliegen, werden Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sollte es nötig sein, mit meinen behandelnden Ärzten Kontakt aufzunehmen, bin ich jederzeit damit einverstanden.

Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen durch formlose Erklärung widerrufen werden. In diesem Fall verliert die Kundenkarte ihre Gültigkeit.

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Datum Ort

Unterschrift