

Einwilligungserklärung zur Speicherung gesundheits- und -arzneimittelbezogener Daten des Patienten

Mit der Beantragung der Kundenkarte der Hankens Apotheken willigen Sie ein, dass Ihre unten aufgeführten gesundheitsbezogenen Daten sowie Angaben zu gekauften Artikeln in der Apotheke gespeichert und verarbeitet werden, um

- Wechselwirkungen von in der Apotheke gekauften Arzneimitteln zu prüfen,
- Rückfragen zu Artikeln zu ermöglichen,
- die Beratung im Hinblick auf konkrete Diagnosen zu verbessern und
- ggf. postalisch über besondere Aktionen (z.B. Diabetes-Tage) zu informieren,
- einen Rabatt auf freiverkäufliche Waren zu gewähren
- Rezepte per Post oder Fax Ihrer Arztpraxis zu empfangen

Ihre Daten unterliegen der Apothekerschweigepflicht und werden ohne Ihre Zustimmung grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben. Sie sind ausschließlich in Hankens Apotheken (derzeit Hankens Haaren Apotheke, Hankens Apotheke in den Höfen, Hankens Hansa Apotheke, Hankens Alexander Apotheke, Hankens Flora Apotheke) einsehbar. Eine stets aktuelle Liste unserer verbundenen Apotheken finden Sie unter: www.hankens-apotheken.de

Sie haben jederzeit das Recht, kostenfrei Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten. Soweit gesetzlich keine längeren Aufbewahrungsfristen gelten, werden die Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht bzw. gesperrt.

Als Kundenkartenbesitzer können Sie Rechnungen und einen Ausdruck über Einkäufe zur Vorlage beim Finanzamt oder Krankenkasse erhalten. Der Versand dieser Dokumente erfolgt per "e-post-Brief". Die Apotheke übermittelt die Rechnungsdetails per verschlüsselter Mail an einen Postdienstleister. Der Druck und die Kuvertierung erfolgt dort. Die Zustellung der Rechnung erfolgt klassisch per Postbote.

- Ich möchte meine Zahlungen in der Apotheke als Rechnungskunde leisten.
Mir ist bewusst, dass die Apotheke in diesem Fall eine Bonitätsauskunft zur Vermeidung von Zahlungsausfällen auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO einholt.
- Ich möchte, dass Rechnungen über Heilmittel und Schriftverkehr an einen Dritten verschickt werden und bevollmächtigte folgende Person zum Empfang der Unterlagen. Insoweit entbinde ich Hankens Apotheken von der Schweigepflicht

Name, Vorname Straße PLZ, Ort Unterschrift Vollmachtgeber

Ich habe die Einwilligungserklärung verstanden und stimme der Datenverarbeitung zu. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Weitere Informationen zum Datenschutz finde ich unter: <https://hankens-apotheken.de/datenschutz.html>

Name, Vorname	
Straße, PLZ, Ort	
Krankenkasse	
Versichertennummer	
Hausarzt	

Ort, Datum

Unterschrift