

## **Einverständniserklärung nach §4a Bundesdatenschutzgesetz**

Um den zusätzlichen Kundendienst und die Service Angebote der Apotheke nutzen zu können, willige ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner dabei der Apotheke zur Kenntnis gelangenden persönlichen Angaben (einschließlich Patienten- und Arzneimitteldaten) durch diese Apotheke ein. Ich willige ebenfalls in die Übermittlung meiner persönlichen Angaben an einen externen Datenverarbeiter und Application-Service-Provider (ASP) der Apotheke ein. Im Rahmen der ASP können die Daten auch anderen Apotheken-Filialen meiner Apotheke zur Verfügung gestellt werden, um mir unabhängig vom Standort einen umfassenden Service zu ermöglichen. Der externe Datenverarbeiter ist lediglich für die Gewährleistung des technischen Ablaufs verantwortlich, ist aber gleichwohl vertraglich zur Einhaltung des Datengeheimnisses verpflichtet, wie auch die Apotheken-Filialen die Einhaltung der Vertraulichkeit meiner Daten mir gegenüber zusichern.

Mir ist bekannt, dass ich gemäß §§ 34, 35 BDSG jederzeit berechtigt bin, Auskunft über meine personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung, Sperrung und Löschung ohne Angabe eines Grundes zu verlangen.

Bitte geben Sie dieses Formular beim Boten oder direkt in der Apotheke ab - vielen Dank!

### **Meine Angaben**

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

Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

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

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_