



Ja, ich bestelle die Kundenkarte mit dem Service der Wisenta-Apotheke, der Böttger-Apotheke, der Stadt-Apotheke und der Oberland-Apotheke e.K.

Name, Vorname

Kundennummer

Straße

PLZ / Wohnort

Geburtsdatum

Email-Adresse

Telefon

(Mit Eintragung der Email-Adresse erkläre ich mich mit der Zusendung von Informationen und Einladungen zu Patientenveranstaltung, sowie ggf. eines Newsletters einverstanden! Dieses Einverständnis kann ich jederzeit einzeln widerrufen!)

Krankenkasse/Kassen-IK.

Versicherten-Nr.

Allergien / Erkrankungen

 nein ja, bis:

Hausarzt

Zahlungsbefreiung: bitte Nachweis beifügen

Für Pflegeeinrichtungen



Wohnbereich:

Langzeitpflege

Kurzzeitpflege

Betreuer (falls bestellt | Betreuungsausweis)

Anschrift

Telefon

- Ich willige ein, dass Mitarbeiter der Böttger-Apotheke oder Ihrer Filialen zum Zwecke meiner Weiterbehandlung Rezepte, Überweisungsformulare, Transportscheine und Befunde in der Arztpraxis entgegennehmen dürfen. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen durch formlose Erklärung für die Zukunft widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die nachfolgende Einwilligungserklärung gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift

Wir freuen uns auf Sie!



Dr. rer. nat. Jörg Wittig (Inhaber)
Markt 5/6 | 07907 Schleiz
Tel.: 0 36 63 / 48 44-0
www.apotheke-schleiz.de



Apoth. Ingrid Wittig (Leitung)
R.-Breitscheid-Str. 6a | 07907 Schleiz
Tel.: 0 36 63 / 42 10 60
www.apotheke-schleiz.de



Apoth. Jakob Roth (Leitung)
Markt 56 | 07929 Saalburg-Ebersd.
Tel.: 03 66 47 / 2 23 17
www.apotheke-schleiz.de



Apoth. Katharina Graf (Leitung)
Geraer Str. 12 | 07907 Schleiz
Tel.: 0 36 63 / 40 33 35
www.apotheke-schleiz.de



Mandat für die SEPA-Basis-Lastschrift – zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Ich wünsche eine monatliche Rechnung:

nein ja

Ich wünsche eine SEPA-Basis-Lastschrift:

nein ja – bitte unten ausfüllen

Rechnungsanschrift (falls abweichend)

Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00000600190
Mandatsreferenz / Ihre Kundennummer bei uns

Kontoinhaber

IBAN

BIC

bei der (genaue Bezeichnung des Kreditinstitutes):

Datum

Unterschrift

Sehr geehrte Damen und Herren,
wenn Sie uns die Einzugsermächtigung erteilen, buchen die Böttger-/ Oberland-/ Stadt-/ Wisenta-Apotheke unter Angabe der **Mandatsreferenz** (entspricht Ihrer Kundennummer) und unserer **Gläubiger-ID** monatlich ab. Auf Wunsch erhalten Sie eine Übersicht über die an uns geleisteten Zuzahlungen.

Wir bedanken uns für Ihre Bereitschaft, am Lastschriftverfahren teilzunehmen. Sie erleichtern damit Ihnen, dem Betreuungspersonal und uns die Arbeit bei der Abwicklung von Zahlungen.



Dr. rer. nat. Jörg Wittig (Inhaber)
Markt 5/6 | 07907 Schleiz
Tel.: 0 36 63 / 48 44-0
www.apotheke-schleiz.de



Apoth. Ingrid Wittig (Leitung)
R.-Breitscheid-Str. 6a | 07907 Schleiz
Tel.: 0 36 63 / 42 10 60
www.apotheke-schleiz.de



Apoth. Jakob Roth (Leitung)
Markt 56 | 07929 Saalburg-Ebersd.
Tel.: 03 66 47 / 2 23 17
www.apotheke-schleiz.de



Apoth. Katharina Graf (Leitung)
Geraer Str. 12 | 07907 Schleiz
Tel.: 0 36 63 / 40 33 35
www.apotheke-schleiz.de



Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung für die Kundendatei / Kundenkarte

Ich bin darüber informiert worden,

dass die **Böttger-Apotheke** in Schleiz nebst Filialbetrieben **Oberland-Apotheke e.K.** in Schleiz, **Wisenta-Apotheke** in Schleiz und **Stadt-Apotheke** in Saalburg im Zusammenhang mit meiner Kundenkarte meine pharmazeutische Betreuung übernimmt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme (z. B. Wechselwirkungen) zu erkennen und zu lösen. Dies mit dem Ziel die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern.

Darüber hinaus dient die Kundenkarte der Erstellung von Belegen über meine geleisteten Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation zur Vorlage bei den Krankenkassen und dem Finanzamt. Die Kundenkarte ist auch in den Filialbetrieben gültig.

Dazu ist es notwendig, meine oben genannten Stammdaten und meine gesundheitsbezogenen Daten (z. B. behandelnder Arzt, Allergien, Erkrankungen, Kostenträger) sowie Angaben zu meiner Medikation zu speichern. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln, der Inhalt von Beratungsgesprächen, der Abgleich von Interaktionen sowie die Erhebung meiner Eigenleistungen. Diese Daten ermöglichen meine optimale Beratung und Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung sowie die Quittierung meiner Eigenleistungen gegenüber Krankenkassen und Finanzamt. Eine Verwendung meiner personenbezogenen Daten zu anderen Zwecken erfolgt nicht. Damit meine Apotheke diese Leistung erbringen kann, ist meine Einwilligung hierzu erforderlich.

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten, die zu meiner pharmazeutischen Betreuung notwendig sind und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert werden. Darüber hinaus bin ich mit der Speicherung meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten, Selbstmedikation) einverstanden. Da der/die Apothekeninhaber/in und das Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten/Zahnärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke diesen Kontakt aufnimmt. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke, als auch meinen Arzt/Zahnarzt von der Schweigepflicht. Weiterhin beinhaltet diese Einwilligungserklärung die Ermittlung des Zuzahlungsbefreiungsstatus bei meiner Krankenkasse.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir erhobenen personenbezogenen Daten und Angaben zu Arzneimitteln und anderen Produkten, die für mich verordnet wurden bzw. die ich in der Apotheke erhalte, auf meinen Wunsch für die Aktualisierung eines Medikationsplans nach § 31a Absatz 3 Satz 2 SGB V verwendet werden können. Auf die Möglichkeit zur Einsichtnahme der nach Artikel 13 EU Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) bei der Erhebung personenbezogener Daten in der Apotheke bereitzustellenden weiteren Informationen bin ich hingewiesen worden.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in meine Daten sowie schriftliche Auskunft darüber erhalten und selbst entscheiden, welche Daten gegebenenfalls gelöscht

werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten 3 Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

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

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen. Bei weiteren Fragen zur Kundendatei kann ich mich jederzeit an das Apothekenpersonal wenden. Sollte ich Fragen zum Datenschutz haben, kann ich diese jederzeit stellen und mich darüber hinaus vertraulich an den Datenschutzbeauftragten der Apotheke (Susan Warsitz, Tel. 03663/48 44-0 Fax 03663/48 44-60) wenden.

Ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich möchte regelmäßig über Angebote und Aktionen der Apotheke informiert werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke mir Gutscheine und Grußkarten zu besonderen Anlässen zuschickt.



Dr. rer. nat. Jörg Wittig (Inhaber)
Markt 5/6 | 07907 Schleiz
Tel.: 0 36 63 / 48 44-0
www.apotheke-schleiz.de



Apoth. Ingrid Wittig (Leitung)
R.-Breitscheid-Str. 6a | 07907 Schleiz
Tel.: 0 36 63 / 42 10 60
www.apotheke-schleiz.de



Apoth. Jakob Roth (Leitung)
Markt 56 | 07929 Saalburg-Ebersd.
Tel.: 03 66 47 / 2 23 17
www.apotheke-schleiz.de



Apoth. Katharina Graf (Leitung)
Geraer Str. 12 | 07907 Schleiz
Tel.: 0 36 63 / 40 33 35
www.apotheke-schleiz.de