

Einwilligungserklärung gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) für Verarbeitung personenbezogener Daten

In der Apotheke Wutzky-Center wird für mich eine elektronische Patientendatei geführt. Dazu werden die unten genannten Daten, sowie Daten zu meinen Erkrankungen, meinen behandelnden Ärzten und meiner Arzneimitteltherapie, die sich aus vorgelegten Verordnungen oder sonstigen Verkäufen ergeben, sowie ggf. Informationen über die Befreiung von der Zuzahlung erfasst. Meine Daten werden hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z.B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Zudem dient die Patientendatei dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen (Zuzahlungsbescheinigung).

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme auch aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Arzneimitteln ergeben, wird ein Apothekenmitarbeiter mit einem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme Kontakt aufnehmen und ihn über diese anderweitige Medikation unterrichten. Ich bin damit einverstanden, dass mich ein Mitarbeiter diesbezüglich auch telefonisch oder postalisch kontaktieren darf.

Ich bin darüber informiert, dass ich kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich oder per E-Mail ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ich habe die Datenschutzerklärung, in der ich über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung und dem nationalen Datenschutzrecht informiert wurde, zur Kenntnis genommen. Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an den Verantwortlichen (N. Kupsch, Joachim-Gottschalk-Weg 21, 12353 Berlin, kupsch@apo-wutzky.de) und vertraulich an den Datenschutzbeauftragten (G. Ilg c/o Apotheke, Joachim-Gottschalk-Weg 21, 12353 Berlin, datenschutz@apo-wutzky.de) wenden.

Ja

Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke mir Gruß- und Informationspost zu besonderen Anlässen zuschickt.

Ja

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Anschrift auf meinem Kassenbon aufgedruckt wird.

Ja

Einwilligung in die Übermittlung von Rezeptdaten für die Versorgung mit Hilfsmitteln

Hiermit willige ich ein, dass die Apotheke Wutzky-Center sich aus den von mir in dieser Apotheke eingelösten Hilfsmittelrezepten ergebenden Daten an die Clearingstelle des Berliner Apotheker-Vereins und das Apothekenabrechnungszentrum ARZ Service GmbH weiterleitet und diese Daten zweckgebunden, wie nachfolgend beschrieben, verarbeitet bzw. genutzt werden. Die Einwilligung gilt auch für die zukünftig in unserer Apotheke eingereichten Verordnungen.

Was passiert mit Ihren Daten?

Die Rezeptdaten werden ausschließlich zu Genehmigungszwecken an Ihre Krankenkasse übermittelt. Um Sie schnellstmöglich mit den verordneten Hilfsmitteln versorgen zu können, nutzt die Apotheke dafür eine sogenannte Clearingstelle, in der fachkundige Mitarbeiter ihren Anspruch prüfen und sich zwecks Kostenübernahme an ihre Krankenkasse wenden. Diese ist beim Landesapothekerverband Sachsen-Anhalt (Dr.-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg) angesiedelt. Sie greift auf die technische Infrastruktur des Apothekenabrechnungszentrums ARZ Service GmbH (Landstr. 39-41, 42781 Haan) zurück, das vor allem im Bereich der Arzneimittelabrechnung tätig ist. Die Daten werden in der Apotheke sowie beim Berliner Apotheker-Verein bzw. dem Rechenzentrum ausschließlich zu den oben genannten Zwecken gespeichert und verarbeitet. Personenbezogene Daten werden dabei nur solange gespeichert, bis der Zweck, zu dem sie überlassen wurden, erfüllt ist.

Warum diese Einwilligungserklärung?

Zur Übermittlung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten wie die ärztliche Diagnose gehören, an die Clearingstelle des Berliner Apotheker-Vereins bedarf es Ihrer ausdrücklichen Einwilligung. Mit dieser Einwilligung entbinden Sie die Apotheke und Ihre Mitarbeiter zugleich von ihrer Schweigepflicht (§ 203 StGB) gegenüber der Clearingstelle.

Welche Daten sind betroffen?

Die personenbezogenen Daten, die erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, ergeben sich aus dem jeweiligen Rezeptblatt:

- Ausstellungsdatum der Verordnung
- Krankenkasse/Kostenträger
- Kassen-Nr.
- Name, Vorname des Versicherten
- Anschrift des Versicherten
- Geburtsdatum
- Versicherten-Nr.
- Zuzahlung
- Status
- VK gültig bis
- Verordnete Leistung
- Vollständige Angabe des abzugebenden Hilfsmittels
- Diagnose (soweit auf dem Rezept)
- Verordnender Arzt
- Arztbezeichnung
- Anschrift des Arztes
- Vertragsarzt-Nr. (LANR)
- Betriebsstätten-Nr. (BSNR)
- Unfallbetrieb/Arbeitgebernummer
- Unfalltag
- Apotheken-Institutionskennzeichen

Wichtig:

Ich bin darüber informiert, dass meine Einwilligung nicht verlangt werden kann und mir aus der Nichteinwilligung keine rechtlichen und tatsächlichen Nachteile erwachsen. Die Einwilligungserklärung im Original verbleibt in der Apotheke. Eine Kopie habe ich erhalten.

Widerrufsmöglichkeit:

Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden.

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon/Email (freiwillige Angabe)
Adresse	
Ort, Datum	Unterschrift (ggf. Gesetzlicher Vertreter mit entsprechender Vollmacht)