

KREUZ-APOTHEKE · SEELZE

Arzneimittel-Herstellung

Pharmazierat Constantin Meyer

Fachapotheker für pharm. Analytik,
Technologie und Offizin-Pharmazie
Sachkundige Person (§ 14 AMG)

Fon 05137 / 82920

Fax 05137 / 92619

Pharmazeutische Analytik

Dr. rer. nat. Thomas Meyer

Fachapotheker für pharm. Analytik,
Sachkundige Person (§ 14 AMG)

www.kreuzapotheke-seelze.de
apotheke@kreuzapotheke-seelze.de



Datenschutzvereinbarung – Einwilligung zur Aufnahme personenbezogener Daten nach europäischer Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir und unsere Verbund-Apotheken* Ihre oben genannten persönlichen Daten sowie die sich aus der ärztlichen Verordnung ergebenden Gesundheitsdaten in unserer EDV speichern.

Ihre Daten werden mit Ihrer Einwilligung (erwünschtes bitte ankreuzen):

- zum Zweck der Abrechnung an Ihre private Krankenversicherung übermittelt
- zum Zweck der Arzneimitteltherapiesicherheit, Prüfung auf Indikation, Dosierung, Unverträglichkeit, Nebenwirkung und Wechselwirkung in unserer EDV gespeichert
- zum Zweck der Erstellung von Zuzahlungsquittungen für Ihre Befreiung von der Zuzahlungspflicht (bei Ihrer Krankenkasse) erhoben, verarbeitet und gespeichert, damit diese Verarbeitung auch über das von der Apotheke beauftragte Apothekenrechenzentrum erfolgen kann
- zum Zweck von Kostenvoranschlägen für Hilfsmittel und genehmigungspflichtige Medizinprodukte an Ihre Krankenversicherung übermittelt
- zum Zweck von Geburtstagsgrüßen gespeichert
- Ärztliche Verordnungen dürfen vorab von der jeweiligen Praxis an die Apotheke gefaxt und die Originale in der Praxis von der Apotheke abgeholt werden.

Ihre Einwilligung zur Speicherung der Daten können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne Wahrung einer bestimmten Form widerrufen. Ihre Daten werden dann aus unserer Kundendatei gelöscht. Wir versichern, dass die Vorschriften der DS-GVO eingehalten werden und insbesondere Daten, die Ihre Gesundheit betreffen, strengster Geheimhaltung unterliegen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

* Unsere Verbund-Apotheken sind die Adler-Apotheke (Am Kreuzweg 5, 30926 Seelze) sowie die Obentraut-Apotheke (Hannoversche Str. 41, 30926 Seelze).



Datenschutzvereinbarung – Einwilligung zur Aufnahme personenbezogener Daten nach europäischer Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir und unsere Verbund-Apotheken* Ihre oben genannten persönlichen Daten sowie die sich aus der ärztlichen Verordnung ergebenden Gesundheitsdaten in unserer EDV speichern.

Ihre Daten werden mit Ihrer Einwilligung (erwünschtes bitte ankreuzen):

- zum Zweck der Abrechnung an Ihre private Krankenversicherung übermittelt
- zum Zweck der Arzneimitteltherapiesicherheit, Prüfung auf Indikation, Dosierung, Unverträglichkeit, Nebenwirkung und Wechselwirkung in unserer EDV gespeichert
- zum Zweck der Erstellung von Zuzahlungsquittungen für Ihre Befreiung von der Zuzahlungspflicht (bei Ihrer Krankenkasse) erhoben, verarbeitet und gespeichert, damit diese Verarbeitung auch über das von der Apotheke beauftragte Apothekenrechenzentrum erfolgen kann
- zum Zweck von Kostenvoranschlägen für Hilfsmittel und genehmigungspflichtige Medizinprodukte an Ihre Krankenversicherung übermittelt
- zum Zweck von Geburtstagsgrüßen gespeichert
- Ärztliche Verordnungen dürfen vorab von der jeweiligen Praxis an die Apotheke gefaxt und die Originale in der Praxis von der Apotheke abgeholt werden.

Ihre Einwilligung zur Speicherung der Daten können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne Wahrung einer bestimmten Form widerrufen. Ihre Daten werden dann aus unserer Kundendatei gelöscht. Wir versichern, dass die Vorschriften der DS-GVO eingehalten werden und insbesondere Daten, die Ihre Gesundheit betreffen, strengster Geheimhaltung unterliegen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

* Unsere Verbund-Apotheken sind die Adler-Apotheke (Am Kreuzweg 5, 30926 Seelze) sowie die Obentraut-Apotheke (Hannoversche Str. 41, 30926 Seelze).