

# Antrag für kostenlose Kundenkarte bei der Finken-Apotheke in Bochum

Name: ..... Vorname: .....

Geburtstag: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: ..... Telefon: .....

Krankenkasse: ..... Vers.-Nr.: .....

Befreit bis: ..... Hausarzt: .....

Chronische Krankheiten, Allergien: .....

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

Durch die Kundenkarte ist die automatisierte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in der Finken-Apotheke erforderlich. Ich bin darüber informiert, dass die Finken-Apotheke meine pharmazeutische Betreuung übernimmt. Zudem dient die Kundenkarte dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten in der Finken-Apotheke gespeichert werden. Die Apotheke ist nicht berechtigt, meine personenbezogenen Daten an unbefugte Dritte weiterzugeben. Ich bin, falls notwendig, mit einer Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten durch die Finken-Apotheke einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben freiwillig erfolgen. Ich bin jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung, Sperrung bzw. Löschung zu verlangen.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der Finken-Apotheke widerrufen. Bei Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine Daten unverzüglich zu löschen bzw. zu sperren.

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