

## Einverständniserklärung

Zum Speichern persönlicher Daten

**Stadion Apotheke**

Albert-Schweitzer-Str.22  
36433 Bad Salzungen

**Apotheke am Nikolaitor**

Bahnhofstr. 6  
99817 Eisenach

Bitte gewünschte Apotheke ankreuzen (auch beide möglich mit einer Karte)

Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_ (wird vorgegeben)

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefon:

Mobil:

Email Adresse:

Folgende Risiken sollen bei der AM Prüfung berücksichtigt werden:

Allergie

Asthma

Bluthochdruck

Diabetes

sonstiges

Folgende AM-Unverträglichkeiten/Allergien liegen vor:

---

---

---

- Hiermit erkläre ich gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) mein Einverständnis dass meine persönlichen Adress- und Arzneimitteldaten von oben genannter Apotheke gespeichert und verarbeitet werden.

Mir wurde bestätigt, dass ich jederzeit die abgegebene Einverständniserklärung widerrufen kann und ein recht auf kostenlose Auskunft, Berechtigung, Sperrung und Löschen meiner gespeicherten Daten habe. Daten für abrechnungs- und buchhalterische Zwecke, sowie die, welche dokumentationspflichtige Medikamente betreffen sind von der Kündigung, beziehungsweise einer Löschung nicht berührt).

Ebenfalls wurde mir bestätigt, dass es jeder bei der Datenspeicherung beschäftigten Person untersagt ist, meine Daten an Dritte weiterzugeben oder zugänglich zu machen. Die ausschließlich für eigene Zwecke erworbenen Daten werden streng vertraulich behandelt.

- Ich möchte VIP Kunde werden. Bitte zusätzlich VIP-Kunden-Vereinbarung ausfüllen.

Ort \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde