

**Privatkunde**

Ja, ich möchte die persönliche, kostenlose Kundenkarte der Apotheke an der Weleda nutzen.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Herr  Frau

Vorname\*

Nachname\*

Geburtsdatum\*

Straße/Hausnummer\*

PLZ/Ort\*

Telefonnummer

Rezeptgebühren  nicht befreit

befreit bis

(Befreiung bitte vorlegen)

Bekannte Allergien

Ich möchte über Angebote und Veranstaltungen der Apotheke informiert werden.

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Speicherung meiner Daten im Rahmen einer Kundendatei. Diese Einwilligung bezieht sich neben meinen Kontaktdaten auch auf alle Gesundheitsdaten, insbesondere zur Medikation oder Arzneimitteln und Produkten, die ich erhalte bzw. erwerbe oder die im Rahmen einer ordnungsgemäßen Arznei- und Heilmittelversorgung erforderlich sind. Eine Weitergabe der Kundendaten an Dritte findet nicht statt, sofern dem keine gesetzlichen Vorschriften entgegenstehen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungsfristen vorsehen, werden meine Daten 5 Jahre nach dem letzten Kundenkontakt von der Apotheke an der Weleda gelöscht.

Darüber hinaus willige ich ein, dass Auskünfte von dem rezeptierenden Arzt zur korrekten Medikation oder vergleichbare Informationen im Rahmen der Medikationsberatung eingeholt werden dürfen.

Die "Patienten- und Kundeninformationen zum Datenschutz" habe ich zur Kenntnis genommen.

#### Widerruf

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass diese Einwilligung von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift