

Datenschutzgesetz ab 01. September 2023

Ich willige in folgende Punkte ein:

- Erhebung meiner personenbezogenen Daten für die pharmazeutische Betreuung, Abwicklung von Rezepten, Kommunikation mit den **Krankenkassen und Abrechnungsstellen**.
Speicherung meiner personenbezogenen Stammdaten wie z.B. Medikation, Gesundheitszustand, Protokolle zu Beratungsgesprächen.
- Einholung von Auskünften oder Rücksprache mit behandelnden **Ärzten** zu Medikation oder vergleichbaren Informationen.
- Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte im Rahmen von gesetzlichen Vorgaben.
- Speicherung und Zugriff von verschiedenen Geschäften in einem Verbund.
- Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber des Geschäftes im Falle eines Inhaberwechsels.
- Ich stimme dem Erhalt von Informationen wie folgt zu:
Mail / Telefon / SMS / Post

Diese Einwilligung kann jederzeit und formlos widerrufen werden.

Ich kann zudem jederzeit deren Berichtigung und Löschung fordern, sofern keine übergeordneten gesetzlichen Vorschriften die Datenspeicherung weiterhin erfordern.

Name, Vorname:
Strasse, Haus-Nr.:
Postleitzahl, Ort:
Tel.:
Angaben zum Patienten:
Gewicht: Grösse: Geburtsdatum:
Krankenkasse: 20-stellige Karten-Nr: (beginnt mit den Zahlen 807560)
Allergien:
<input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche?
Schwangerschaft / Stillzeit:
<input type="checkbox"/> ich bin nicht schwanger <input type="checkbox"/> ich stille nicht
Welche Arzneimittel nehmen Sie neben den vom Arzt verschriebenen regelmäßig ein? (Name, Wirkstärke, Dosierung):
Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt der Apotheke übermittelt:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum: Unterschrift: (Patient oder Vertreter)

Bitte geben Sie das Formular in der Arztpraxis ab oder senden Sie es uns an folgende Adresse: Apotheke Drogerie Spiez AG, Oberlandstrasse 13, 3700 Spiez oder per Mail an versand.ads@hin.ch – Vielen Dank!