



*Apotheke*

*Dr. Wolfgang*

*am*

*Ehrhardt*

*waltersbühl*

## Einverständniserklärung nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz

Ihre freiwilligen Angaben und Ihre über unsere Apotheken bezogenen Arzneimittel speichern wir in unserer EDV. Wir versichern, dass diese Daten ausschließlich innerhalb unseres Betriebes und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung genutzt werden. Die Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, dürfen ohne Ihr Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben werden.

Gemäß §§ 34, 35 BDSG sind Sie jederzeit berechtigt, Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung, Sperrung und Löschung ohne Angaben eines Grundes zu verlangen.

Ich bestätige, dass ich die Vorteile meiner Kundendatei in allen drei Apotheken nutzen möchte.

Name, Vorname

---

Geburtstag

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Telefon

---

Krankenkasse

---

IK-Nr. (\*)

---

Versicherten-Nr.

---

Hausarzt

---

Datum, Unterschrift

---

(\*) neunstellige Krankenkassennummer

**Für Ihr Vertrauen bedanken wir uns!**