

# Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

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

## **Erklärung zur freien Apothekenwahl**

Ich bin über mein freies Apothekenwahlrecht umfassend aufgeklärt worden und erkläre,

dass ich mit dem Rezept selbst eine geeignete Apotheke aufsuche.

dass ich in Kenntnis meines freien Apothekenwahlrechts hiermit ab sofort meinen

Therapeuten beauftrage, die mir verschriebenen Arzneimittel

in einer Apotheke nach Wahl der Praxis zu bestellen.

in folgender Apotheke zu bestellen: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass die Abrechnung für Arzneimittel/Kräutermischungen direkt zwischen der Apotheke und mir erfolgt. Diese Einwilligungserklärung ist jederzeit widerrufbar.

## **Einwilligung in die Verwendung meiner personenbezogenen Daten**

Ich willige hiermit ein, dass die Arztpraxis/Praxis meine personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit meiner Arzneimittelversorgung und für die Plausibilitäts- und Wechselwirkungsprüfungen benötigten Daten dem beliefernden Apotheker zur Verfügung stellt. Diese Daten werden von der Apotheke nur zur Erfüllung ihrer gesetzlichen und mir gegenüber bestehenden Pflichten verarbeitet, gespeichert und genutzt. Es erfolgt ausschließlich eine Weitergabe meiner Anschrift und der E-Mail-Adresse an das mich beliefernde Logistikunternehmen. Andere personenbezogene Daten von mir werden von der Apotheke nicht an Dritte weitergegeben. Ich erteile diese Einwilligung freiwillig und kann sie für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_