

Einwilligung

zur Lieferung von Impfstoffe und Arzneimittel
in die Arztpraxis



Liebe Patientinnen und Patienten,

wir ermöglichen die Lieferung Ihrer Medikamente in unsere Praxis, wenn diese in der Arztpraxis anzuwenden sind (z. B. Impfstoffe, Allergielösungen). Um einen reibungslosen Ablauf Ihrer Bestellung zu gewährleisten, benötigen wir gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) Ihr Einverständnis zur Speicherung und Weiterleitung personenbezogener Daten.

Patientendaten

Rechnungsempfänger (falls abweichend vom Patienten)

Name, Vorname des Patienten	Name, Vorname des Rechnungsempfängers
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Geburtsdatum	
Telefonnummer	Telefonnummer

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten / die personenbezogenen Daten meines minderjährigen Kindes zur Bearbeitung meiner Bestellung und zu Beratungszwecken an die St. Georg-Apotheke Inh. Dr. Anke Saß, Pödeldorfer Str. 146 in 96050 Bamberg weitergegeben werden und von dieser verarbeitet und gespeichert werden. Eine Weitergabe an Dritte findet nur im Rahmen der notwendigen Bearbeitung der Bestellung statt (z. B. Rezeptabrechnung). Eine Weitergabe zu Werbezwecken findet **NICHT** statt.

Ich habe das Recht, die über mich oder mein minderjähriges Kind gespeicherten Daten jederzeit einzusehen oder löschen zu lassen. Es gelten die Datenschutzbestimmungen und AGB der St. Georg-Apotheke Bamberg, welche abrufbar sind unter <https://www.frankenpillen.de/>

Ort, Datum	 Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter
------------	--

Zusätzlich ausfüllen bei Bestellung über die Arztpraxis

Hiermit bestätige ich, _____, dass ich von
(Name des Patienten / Erziehungsberechtigten)

Frau/Herr _____ über das Recht der freien
(Name des Praxismitarbeitenden)

Apothekenwahl informiert worden bin. Ich bin damit einverstanden, dass das für mich / mein minderjähriges Kind benötigte Arzneimittel zur Anwendung in der Arztpraxis über die St. Georg-Apotheke, Pödeldorfer Str. 146 in 96050 Bamberg bestellt und von dieser Apotheke in die Arztpraxis geliefert wird.

Ort, Datum	 Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter
------------	--