

...weil Ihre Gesundheit persönliche Beratung braucht!

Gesundheitskonto

Sehr geehrte Kundin, Sehr geehrter Kunde,

die Berg-Apotheke versteht sich als modernes Dienstleistungsunternehmen. Fachlich qualifiziert und kompetent beraten wir Sie in allen Fragen rund um Gesundheit und Wohlbefinden, Kosmetik und Körperpflege. Die Sicherheit im Umgang mit Arzneimitteln ist uns dabei ein zentrales Anliegen.

Um dies zum größtmöglichen Nutzen für unsere Kunden tun zu können, ist der Einsatz modernster Technik, vor allem eines leistungsfähigen Computersystems unverzichtbar. Auf dieser Grundlage baut auch unser Angebot des Gesundheitskontos auf. Ihr persönliches Gesundheitskonto ermöglicht es, Ihre Medikamente und Rezepte in der EDV zu speichern. Das garantiert Ihnen mehr Arzneimittelsicherheit und bietet uns die Basis für eine individuelle Beratung und Betreuung.

Überblick über Ihre gesamten Arzneimittel

Wir kennen alle Ihre Arzneimittel. Wir wissen, welche Stärke und Packungsgröße Sie immer bekommen. Wir wissen auch, welches Grippemittel Ihnen im letzten Winter so gut geholfen hat und wie die kleinen weißen Tabletten vom Heilpraktiker geheißen haben.

Optimale Arzneimittelsicherheit

Wir können überprüfen, ob sich das Rheumapräparat vom Orthopäden mit Ihren Blutdrucktabletten verträgt und ob der privat gekaufte Hustensaft die Wirkung Ihres Schilddrüsenmedikaments beeinflusst - auch wenn Sie beides nicht gleichzeitig kaufen.

Ihr Befreiungsausweis...

...wird künftig bei uns gespeichert und wird auch dann berücksichtigt, wenn der Arzt einmal das Kreuzchen vergessen hat - ganz automatisch.

Sammelquittungen für die Krankenkasse

Schluss mit der Zettelsammlerei! Wir erfassen und speichern Ihre Selbstbeteiligung in unserer EDV und am Jahresende erhalten Sie in einer einzigen Quittung alle Ihre Zuzahlungen als Nachweis für die Krankenkasse aufgelistet.

Jahresabrechnung für das Finanzamt

Am Jahresende können Sie auch eine Aufstellung sämtlicher Aufwendungen zum Nachweis außergewöhnlicher Belastungen beim Finanzamt erhalten. Das lästige Sammeln von Einzelbelegen und Führen von Quittungsheften entfällt.

Wir sind davon überzeugt, dass das Gesundheitskonto der Berg-Apotheke Ihnen und uns viele Vorteile und Erleichterungen bringt. Darum nutzen doch auch Sie diesen kostenlosen Service! Bitte füllen Sie die umseitige Einwilligungserklärung aus und geben Sie diese bei uns ab. Schon Ihr nächster Einkauf wird dann auf Ihrem persönlichen Gesundheitskonto gespeichert.

Ihre Apotheker

Harald u. Karin Ott
und das Team der Berg-Apotheke



Einwilligungserklärung zur Speicherung gesundheitsbezogener und arzneimittelbezogener Daten des Patienten nach Art. 6, 7 und 9 Abs. 2 EU-DSGVO

Ich bin darüber informiert, dass die Berg-Apotheke (Harald und Karin Ott OHG, Bayreuther Str. 1a, 95686 Fichtelberg) Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhaltet. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck wird die Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen. Weiterhin kann dadurch ein Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse oder dem Finanzamt erstellt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten, die dafür notwendig sind, sowie die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der o.g. Apotheke und ggf. weiteren Apotheken im Filialverbund gespeichert und ausschließlich zu o.g. Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die Apotheke ist nicht berechtigt, die personen- und gesundheitsbezogenen Daten an Dritte weiterzugeben, es sei denn übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (z.B. Rezeptabrechnung, Sozialversicherungsträger, auftragsbezogene Dienstleister). Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten auf Grund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass das pharmazeutische Personal der Apotheke, das der Schweigepflicht unterliegt, mit diesen Kontakt aufnimmt. Sofern eine Rücksprache mit meiner Krankenkasse auf Grund notwendiger Genehmigungen oder abrechnungsrelevanter Probleme notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass die Apotheke mit dieser Kontakt aufnimmt. Einer Nutzung meiner Daten für weitere Dienstleistungen der Apotheke, wie z.B. Botendienst, stimme ich zu.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und ist für die o.g. Apotheke und ggf. weitere Apotheken im Filialverbund gültig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Ich bin nach Art. 15 EU-DSGVO berechtigt, jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu erhalten. Gemäß Art. 16, Art. 17, Art. 18 und Art. 20 EU-DSGVO kann ich jederzeit die Berichtigung, Löschung, Sperrung oder Herausgabe meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten verlangen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten 18 Monate nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht. Ich bin darüber informiert, dass mir bei Unregelmäßigkeiten in der Verarbeitung meiner Daten ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA, Promenade 27, 91522 Ansbach) zusteht.

- Durch das Kreuzen dieses Feldes erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten durch die Berg-Apotheke.
- Ich stimme der Verwendung meiner Daten für die Zusendung von Informationsmaterial und persönlichen Anschreiben per Post und/oder e-Mail zu.

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer
_____	_____	_____
Krankenkasse	Kassen-Nummer	Zuzahlungsbefreiung bis
_____	_____	KU
e-Mail Adresse (freiwillige Angabe)		Kundennummer
_____	_____	_____
Ort, Datum		Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)