

## TEILNAHMEERKLÄRUNG Arzneimittelversorgung mit 7x4-Wochenbox

- An der Arzneimittelversorgung mittels 7x4-Box möchte ich teilnehmen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten auf der Grundlage und im Rahmen der von mir abgegebenen Einwilligungserklärung durch die \_\_\_\_\_-Apotheke erhoben, gespeichert, verarbeitet und zur Bestellung bei 7x4 Pharma genutzt werden.

Die Nutzung der Daten darf ausschließlich im Rahmen meiner Arzneimittelversorgung mit 7x4-Wochenboxen erfolgen. Die \_\_\_\_\_-Apotheke verpflichtet sich, im Rahmen der Nutzung meiner Daten das Bundesdatenschutzgesetz und die Bestimmungen des Sozialgesetzbuches zu beachten (insbesondere §§ 4a BDSG; 67b SGB X).

### Patienten/-innendaten

Name _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	
Servicenummer _____	Krankenversicherung _____
Ort, Datum _____	Unterschrift _____

### Apothekendaten

Apothekenname: _____	
Apothekenleiter: Name _____	Vorname _____
PLZ _____	Ort _____
Strasse _____	Tel.-Nr.: _____
Institutionskennzeichen _____	Unterschrift _____