

## TEILNAHMEERKLÄRUNG Arzneimittelversorgung mit 7x4-Weekendbox

- 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-Weekendboxen 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	