

Name, Vorname des Patienten			geb. am
			Datum

Patienteneinwilligung zur Datenübermittlung und Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass zur Herstellung meiner individuellen Therapielösung und für den Zweck der Arzneimittelsicherheit neben meinen allergologischen Befunden mein Name und mein Geburtsdatum sowie die Daten meines verordnenden Arztes (Name und Anschrift)

- (1) durch die Apotheke, die meine Bestellung bearbeitet, an die ROXALL Medizin GmbH übermittelt werden (Art. 6(1) a DSGVO) und
- (2) von der ROXALL Medizin GmbH für die vorgenannten Zwecke verarbeitet werden (Art. 6(1) DSGVO).

Ich kann meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit für die Zukunft widerrufen, und zwar

- (1) gegenüber der Apotheke bezüglich der Übermittlung der Daten und
- (2) gegenüber ROXALL Medizin GmbH bezüglich der Verarbeitung der Daten.

Ich habe ein Recht auf Auskunft, auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung oder eines **Widerspruchsrechts gegen die Verarbeitung** sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit sowohl gegenüber der Apotheke als auch gegenüber ROXALL Medizin GmbH.

Zu anderen Zwecken als der Herstellung meiner individuellen Therapielösung und für den Zweck der Arzneimittelsicherheit verwendet ROXALL Medizin GmbH meine Daten nicht. Nach Abschluss der Allergietherapie, spätestens nach 2 Jahren, werden meine Daten gelöscht, sofern keine neue Bestellung vorliegt.

Datum / Unterschrift des Patienten (Erziehungsberechtigten)

Bitte per FAX an 040 897252 22