

**Patientendaten:**

Nachname:

---

Vorname:

---

Stempel des behandelnden Arztes:

Datum:

## Patienteneinwilligung zur Datenübermittlung und Datenverarbeitung gemäß Art. 6 (1), 7, 9 (2) DSGVO

### Umfang der Einwilligung

Ich entbinde meine(n) behandelnde(n) Arzt/Ärztin sowie meine Apotheke, über die ich das Präparat bestelle, für den Fall der personenbezogenen Datenverarbeitung von der Schweigepflicht und willige ein, dass

- mein Vor- und Nachname,
- der Name meines Arztes/meiner Ärztin und meines Apothekers/meiner Apothekerin sowie deren Kontaktdaten
- Informationen über meine Allergien durch die Zusammensetzung des Präparates

an die Firma **Allergopharma GmbH & Co.KG** mitgeteilt werden. Meine Einwilligung gilt für den gesamten Therapiezeitraum. Eine Bestätigung meiner Einwilligung erfolgt jeweils durch Unterschrift auf dem Bestellbogen, mit dem ich zugleich meine(n) Apotheker(in) von der Schweigepflicht entbinde.

### Zweck der Einwilligung

Ich bin einverstanden, dass Allergopharma die Daten für folgende, die Patientensicherheit erhöhende Zwecke nutzen darf:

- zur Abwicklung erteilter Herstellungsaufträge,
- zur Beantwortung von medizinischen Rückfragen meines Arztes zur laufenden Therapie und für die angeforderte Rückübermittlung meiner Daten an den Arzt zu Dokumentationszwecken,
- zur Kontaktaufnahme der medizinischen Abteilung mit meinem Arzt/meiner Apotheke, soweit im Ausnahmefall konkrete Bedenken im Hinblick auf die Behandlung mit einem gelieferten Präparat bestehen,
- zur Prüfung sehr seltener Fälle gemeldeter Nebenwirkungen/behördlicher Chargenrückverfolgungen.

### Aufbewahrungsfristen

Die Daten werden zugriffsbeschränkt für zehn Jahre ab der letzten Lieferung gemäß § 257 HGB gespeichert. Danach erfolgt eine vollständige Löschung, sofern keine darüber hinausgehenden gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen.

### Weitere Datenschutzhinweise

- Die Einwilligung ist mit zukünftiger Wirkung jederzeit widerrufbar. Ein Formular hierzu können Sie auf [www.allergopharma.de](http://www.allergopharma.de) abrufen. Über den Widerruf ist der/die behandelnde Arzt/Ärztin zu informieren.
- Eine Weitergabe Ihrer Daten an Merck-Gesellschaften und Dienstleister kann erfolgen, wenn diese von Allergopharma beauftragt sind; in diesen Fällen werden die Daten nur für die Zwecke dieser Einwilligung verarbeitet und unterliegen der Kontrolle von Allergopharma.
- Sie können Auskunft über die über Sie gespeicherten Daten verlangen und haben das Recht, die von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten in einem üblichen und maschinenlesbaren Format zu erhalten. Darüber hinaus können Sie in begründeten Fällen auch die Löschung, Berichtigung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen. Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich an die unten angegebenen Kontaktdaten oder unsere Datenschutzbeauftragte ([datenschutz@allergopharma.com](mailto:datenschutz@allergopharma.com)). Sie können sich bei Fragen oder Bedenken auch an die für Sie oder uns zuständige Datenschutzbehörde wenden.

### Zutreffendes bitte ankreuzen und unterschreiben:

Mit meiner Unterschrift willige ich in die vorstehende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten sowie in die beschriebene Schweigepflichtentbindung ein. Ich möchte die Vorteile einer personalisierten Verarbeitung nutzen.

---

Ort, Datum, Unterschrift (bei Personen unter 16 Jahren des/der gesetzlichen Vertreter(s))

► 2fache Ausführung; je ein Exemplar für Patient(in), Arzt/Ärztin

33500510-4a-DE 06/2018

**Patientendaten:**

Nachname:

---

Vorname:

---

Stempel des behandelnden Arztes:

Datum:

## Patienteneinwilligung zur Datenübermittlung und Datenverarbeitung gemäß Art. 6 (1), 7, 9 (2) DSGVO

### Umfang der Einwilligung

Ich entbinde meine(n) behandelnde(n) Arzt/Ärztin sowie meine Apotheke, über die ich das Präparat bestelle, für den Fall der personenbezogenen Datenverarbeitung von der Schweigepflicht und willige ein, dass

- mein Vor- und Nachname,
- der Name meines Arztes/meiner Ärztin und meines Apothekers/meiner Apothekerin sowie deren Kontaktdaten
- Informationen über meine Allergien durch die Zusammensetzung des Präparates

an die Firma **Allergopharma GmbH & Co.KG** mitgeteilt werden. Meine Einwilligung gilt für den gesamten Therapiezeitraum. Eine Bestätigung meiner Einwilligung erfolgt jeweils durch Unterschrift auf dem Bestellbogen, mit dem ich zugleich meine(n) Apotheker(in) von der Schweigepflicht entbinde.

### Zweck der Einwilligung

Ich bin einverstanden, dass Allergopharma die Daten für folgende, die Patientensicherheit erhöhende Zwecke nutzen darf:

- zur Abwicklung erteilter Herstellungsaufträge,
- zur Beantwortung von medizinischen Rückfragen meines Arztes zur laufenden Therapie und für die angeforderte Rückübermittlung meiner Daten an den Arzt zu Dokumentationszwecken,
- zur Kontaktaufnahme der medizinischen Abteilung mit meinem Arzt/meiner Apotheke, soweit im Ausnahmefall konkrete Bedenken im Hinblick auf die Behandlung mit einem gelieferten Präparat bestehen,
- zur Prüfung sehr seltener Fälle gemeldeter Nebenwirkungen/behördlicher Chargenrückverfolgungen.

### Aufbewahrungsfristen

Die Daten werden zugriffsbeschränkt für zehn Jahre ab der letzten Lieferung gemäß § 257 HGB gespeichert. Danach erfolgt eine vollständige Löschung, sofern keine darüber hinausgehenden gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen.

### Weitere Datenschutzhinweise

- Die Einwilligung ist mit zukünftiger Wirkung jederzeit widerrufbar. Ein Formular hierzu können Sie auf [www.allergopharma.de](http://www.allergopharma.de) abrufen. Über den Widerruf ist der/die behandelnde Arzt/Ärztin zu informieren.
- Eine Weitergabe Ihrer Daten an Merck-Gesellschaften und Dienstleister kann erfolgen, wenn diese von Allergopharma beauftragt sind; in diesen Fällen werden die Daten nur für die Zwecke dieser Einwilligung verarbeitet und unterliegen der Kontrolle von Allergopharma.
- Sie können Auskunft über die über Sie gespeicherten Daten verlangen und haben das Recht, die von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten in einem üblichen und maschinenlesbaren Format zu erhalten. Darüber hinaus können Sie in begründeten Fällen auch die Löschung, Berichtigung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen. Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich an die unten angegebenen Kontaktdaten oder unsere Datenschutzbeauftragte ([datenschutz@allergopharma.com](mailto:datenschutz@allergopharma.com)). Sie können sich bei Fragen oder Bedenken auch an die für Sie oder uns zuständige Datenschutzbehörde wenden.

### Zutreffendes bitte ankreuzen und unterschreiben:

<input type="checkbox"/>	<p>Mit meiner Unterschrift willige ich in die vorstehende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten sowie in die beschriebene Schweigepflichtentbindung ein. Ich möchte die Vorteile einer personalisierten Verarbeitung nutzen.</p>
<p>Ort, Datum, Unterschrift (bei Personen unter 16 Jahren des/der gesetzlichen Vertreter(s))</p> <p>► 2fache Ausführung; je ein Exemplar für Patient(in), Arzt/Ärztin</p>	

33500510-4a-DE 06/2018