

## **Eigenerklärung zum Bezug von Schutzmasken gemäß Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung**

Hiermit bestätige ich den berechtigten Bedarf an Schutzmasken zum Schutz vor SARS-CoV-2-Infektionen, da einer oder mehrere der in § 1 Abs. 1 Schutzmaskenverordnung genannten Erkrankungen bzw. Risikofaktoren vorliegen:

COPD/Asthma, chronische Herzinsuffizienz, chronische Niereninsuffizienz (Stadium  $\geq 4$ ), Demenz, Schlaganfall, Diabetes mellitus Typ 2, aktive, fortschreitende oder metastasierte Krebserkrankung oder stattfindende Chemo- oder Radiotherapie, stattgefundene Organ- oder Stammzelltransplantation, Trisomie 21, Risikoschwangerschaft.

Es besteht ein Anspruch auf eine einmalige Versorgung mit 3 Schutzmasken. Diese Eigenerklärung darf nur einmal bis zum Ablauf des 6. Januar 2021 in einer Apotheke abgegeben werden. Eine Mehrfachabgabe ist nicht möglich.

### Datenschutzhinweis

Wir – die abgebende Apotheke – verarbeiten die oben aufgeführten Daten zu Ihrer Person, um Ihre Berechtigung zum kostenfreien Erhalt von Schutzmasken nach § 2 Abs. 1 Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung (SchutzmV) zu prüfen und um missbräuchliches Vorgehen (Mehrfachabgaben innerhalb des in der SchutzmV festgelegten Zeitraums) zu verhindern. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO, § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c BDSG, § 4 Abs. 1 Satz 3 SchutzmV. Die Löschung Ihrer Daten erfolgt bis spätestens zum 31. Dezember 2024. Die schriftliche Bereitstellung Ihrer Daten ist freiwillig. Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten und auf Berichtigung unrichtiger Daten sowie auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Sie haben zudem das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Ferner haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden.

.....  
Vorname

.....  
Familienname

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Wohnort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift