

Kundenkarte

Mit Hilfe unserer Kundenkarte wollen wir Sie in Zukunft noch besser betreuen! Wer auf die Kundenkarte setzt, erhält automatisch viele Vorteile!



Nutzen Sie diese Vorteile unserer Kundenkarte:

- 1. Unsere Kundenkarte erhalten Sie kostenlos.**
- 2. Sie bekommen immer das Medikament, das Sie brauchen.**
Falls Sie einmal den Namen des Medikaments vergessen haben, wissen wir immer, welches Medikament Sie benötigen.
- 3. Sie sparen bares Geld bei Arzneimitteln ohne Rezept.**
Sie erhalten einen Rabatt von 3 % auf alle Produkte unseres Sortiments, die Sie ohne Rezept kaufen. Einfach die Karte beim Bezahlen vorzeigen.
- 4. So bekommen Sie Geld zurück vom Finanzamt.**
Mit unseren Sammelquittungen können Sie die Ausgaben für Ihre Gesundheit auch bequem gegenüber dem Finanzamt belegen.
- 5. Sie erhalten mehr Arzneimittelsicherheit.**
Die Verbindung Ihrer Kundenkarte mit unserer modernen Datenbank ermöglicht es uns schneller und leichter als bisher, eventuelle Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten Ihrer Medikamente zu überprüfen und Sie darauf hinzuweisen.
- 6. Wir wissen stets, ob Sie von Rezeptzuzahlungen befreit sind.**
Bei uns brauchen Sie Ihren Befreiungsbescheid nicht immer mitzubringen.
- 7. So bekommen Sie Geld zurück von der Krankenkasse.**
Gerne geben wir Ihnen eine Auflistung mit allen bei uns gekauften Medikamenten und Zuzahlungen über einen bestimmten Zeitraum. Vielleicht lohnt es sich, bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse einen Antrag auf Erstattung Ihrer Rezeptgebühr zu stellen (sogenannte Überforderungsklausel).

Einwilligungserklärung zur Aufnahme personenbezogener Daten (Kundenkarte)

Vorname:

Name:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Hausarzt:

Krankenkasse:

Zuzahlungsbefreiung:

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja, bis: | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------------|-------------------------------|

Name und Adresse auf der Einzelquittung:

| | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Einwilligungserklärung (Nachweis zur Einwilligung der Aufnahme personenbezogener Daten gemäß DSGVO Art. 7 / BDSG-Neu § 51)

Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke mit diesen Kontakt aufnimmt.

Hiermit erteile ich die Erlaubnis, dass meine behandelnden Ärzte im Bedarfsfall ein von ihnen ausgestelltes Rezept direkt an die **Rathaus Apotheke** weitergeben darf.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten Daten durch die **Rathaus Apotheke**. Diese Einwilligung bezieht sich auch auf alle Daten zu Medikation, zu Arzneimitteln, zu Produkten und zu Dienstleistungen, die ich in der **Rathaus Apotheke** erhalte bzw. erwerbe.

Im Falle eines Inhaberwechsels der Apotheke erteile ich hiermit die Erlaubnis, dass meine persönlichen Daten weitergenutzt werden dürfen.

Ich bin mit der Zusendung von Informationen, Einladungen oder Grüßen zu Geburts- und Feiertagen per Post, E-Mail, Fax oder Telefon sowie mit der Überbringung von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch Kurier-/Botendienste einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der o.g. Dienstleistungen meine Kundendaten ggf. an externe Dienstleister weitergegeben werden.

Der von der Apotheke bestellte Datenschutzbeauftragte wirkt auf die Einhaltung des Datenschutzes hin.

Ich bin damit einverstanden, dass unten genannte Familienangehörige, Nachbarn, Kollegen oder mich pflegende Personen für mich bestimmte Waren in der Apotheke abholen bzw. bei Belieferung im Rahmen des Botendienstes diese für mich annehmen dürfen (mehrere Personen durch Kommata trennen).

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass Belege meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation) an unten aufgeführte Familienangehörige, Nachbarn, Kollegen oder mich pflegende Personen ausgehändigt werden.

Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine schriftliche Erklärung widerrufen werden. In diesem Fall verlieren die Kundenkarte und die damit verbundenen Dienstleistungen von uns ihre Gültigkeit.

Datum:

Unterschrift:

Unterschrift Erziehungsberechtigter:

(bei unter 16-jährigen Antragstellern)