

## Ihre persönliche Kundenkarte

### Ihre Vorteile im Überblick

#### Unverträglichkeitsprüfung

Wir können Sie warnen, wenn sich das gewünschte Medikament nicht mit dem Mittel verträgt, welches Sie kürzlich bei uns gekauft haben. Wir überprüfen Ihre Einkäufe routinemäßig auf Risiken und Wechselwirkungen.

#### Warnung vor Risiken

Falls wir von Herstellern oder der Fachpresse von wichtigen Neuerungen erfahren, die Ihre Gesundheit betreffen, können wir Sie gezielt und in kürzester Zeit informieren. Dies gilt auch für bekanntgewordene Risiken, die von Ihnen eingenommene Medikamente betreffen.

#### Ergänzende Informationen

Wir bieten Ihnen gezielte Zusatzinformationen über krankheitsbegleitende Maßnahmen und informieren Sie gerne über Themen, die Sie in Zusammenhang mit Ihrer Gesundheit interessieren.

#### Kontinuität

Wir wissen, welcher Hustensaft Ihnen im letzten Winter geholfen hat, welche Gelenkbinde genau die Richtige bei Ihrer Sportverletzung war und welchen Lichtschutzfaktor Ihr Sonnenschutzmittel im letzten Urlaub hatte. Und Sie können sich darauf verlassen, dass Sie Ihr bewährtes Mittel immer wieder erhalten.

#### Befreiungsbescheid

Sie brauchen uns Ihren Befreiungsbescheid nur einmal im Jahr vorzulegen. Von da an speichern wir in der EDV, dass Sie von der Zuzahlung befreit sind. Den Ausweis Ihrer Krankenkasse können Sie dann getrost zu Hause lassen.

#### Sammelbelege

Wussten Sie, dass Sie eventuell auch dann Geld vom Finanzamt zurückbekommen, wenn Sie nicht von der Zuzahlungspflicht befreit sind? Ob für die Krankenkasse oder für die Steuer, wir liefern Ihnen alle notwendigen Belege.

### Und so einfach erhalten Sie Ihre persönliche Kundenkarte:

Bringen Sie uns bitte dieses ausgefüllte Blatt zurück, Sie erhalten eine Kopie davon zusammen mit Ihrer Kundenkarte.

#### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Um Ihnen diesen zusätzlichen Service anbieten zu können, benötigen wir einige persönliche Angaben. Wir versichern Ihnen, dass diese Daten ausschließlich innerhalb unseres Betriebes und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung verwendet werden. Mit Ihrer Unterschrift gestatten Sie uns, Ihre persönlichen Daten und die bei uns bezogenen Arzneimittel in unserer EDV zu speichern und zu verarbeiten. Sie können diese Einverständniserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Wahrung einer bestimmten Form widerrufen. Ihre Daten werden dann aus unserer Kundenkartei gelöscht.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner persönlichen Daten, insbesondere meiner Gesundheitsdaten, bin ich einverstanden. Über den möglichen Widerruf wurde ich informiert.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_