



Arnika-Apotheke

Apothekerin Michaela Greulich

Ihre Kundenkarte



■ Rezeptgebühr

Es gibt keine generelle Befreiung der Rezeptgebühren. Erst wenn Sie als Versicherter 2% (chronisch Kranke 1%) Ihres Einkommens zugezahlt haben, bekommen Sie von der Krankenkasse für den Rest des Jahres einen Befreiungsausweis. Wir führen für Sie Buch.

■ Arzneimittelsicherheit

Mit Hilfe der Kundenkarte sind wir stets im Bilde! Das ermöglicht uns, Sie auf Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und mögliche Risiken hinzuweisen.

■ Überblick über Ihre Arzneimittel

Auch wenn Sie den Namen eines Präparates einmal vergessen haben – ein Blick in Ihre persönliche Datei und wir wissen, welche Mittel Sie schon einmal bekommen haben.

■ Sammelrechnung

Für das Finanzamt oder Ihre Krankenkasse erstellen wir Ihnen jederzeit eine Sammelrechnung. So brauchen Sie keine Einzelquittungen mehr zu sammeln.

■ Einkaufsrabatt

Bei Vorlage Ihrer Kundenkarte erhalten Sie 3% Rabatt auf bestimmte Apothekenprodukte.



Arnika
APOTHEKE

Apothekerin Michaela Greulich
Im Schiff 10 · 68789 St. Leon Rot
Telefon 0 62 27/83 97 37
Telefax 0 62 27/85 95 69



Bitte hier abschneiden

Ich möchte gerne die Kundenkarte der **Arnika-Apotheke**

Name*	Vorname*
Straße*	
PLZ/Ort*	
Geburtsdatum*	Krankenkasse*
Fon	Fax
Hausarzt	Fon

Wir erheben und verarbeiten personenbezogene Daten ausschließlich für eigene Zwecke. Es werden von uns keine Daten an Dritte weitergegeben. Sie haben das Recht von uns zu verlangen, dass sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich berichtigt oder gelöscht werden. Ansonsten werden die Daten so lange gespeichert, bis der Vertragszweck erfüllt ist, zu dem sie uns mitgeteilt wurden. Anfragen, Erklärungen und Rückfragen zur Datennutzung richten Sie bitte an info@arnika-homoeopathie.de oder an die postalische Adresse.

Datum*	Unterschrift*
Wir verpflichten uns, alle persönlichen Daten nur für Beratungszwecke mit dem Antragsteller zu verwenden.	

Arnika-Apotheke – Apothekerin Michaela Greulich

* Pflichtangaben, bitte vollständig ausfüllen!

Bitte geben Sie den ausgefüllten Antrag einfach bei Ihrem nächsten Apothekenbesuch ab!
Selbstverständlich unterliegen all Ihre persönlichen Daten strengster Vertraulichkeit!

Einverständniserklärung zur Datenspeicherung für die Kundendatei und zur Datenweitergabe

Hauptapotheke: Arnika-Apotheke, Im Schiff 2 (ab 01.08.2018: 10), 68789 St. Leon-Rot

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Speicherung meiner Daten im Rahmen einer Kundendatei. Diese Einwilligung bezieht sich neben meinen Kontaktdaten auch auf alle Gesundheitsdaten, insbesondere zur Medikation oder Arzneimitteln und Produkten, die ich erhalte bzw. erwerbe oder die im Rahmen einer ordnungsgemäßen Arznei- und Heilmittelversorgung erforderlich sind. Eine Weitergabe der Kundendaten an Dritte findet nicht statt, sofern dem keine gesetzlichen Vorschriften entgegenstehen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten 3 Jahre nach dem letzten Kundenkontakt von der Apotheke gelöscht.

Darüber hinaus willige ich ein, dass Auskünfte von dem rezeptierenden Arzt zur korrekten Medikation oder vergleichbare erforderliche Informationen im Rahmen der Medikationsberatung eingeholt werden dürfen.

Im Weiteren willige ich ein, dass Information an nachfolgenden Personen, nach deren Identitätsfeststellung, weitergegeben werden dürfen.

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

- ☐ Ich bin damit einverstanden, per Post oder E-Mail Werbung aus der Apotheke zu bekommen.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine komplette Anschrift auf dem Kassenbon erscheinen darf.

Das Informationsblatt „Patienten- und Kundeninformationen zum Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Widerruf

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass diese Einwilligung von mir jederzeit mit Wirkung in die Zukunft widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift