

**Ja, ich möchte die persönliche, kostenlose Kundenkarte der Apotheke an der Weleda nutzen!**

Herr/  Frau

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefonnummer

Faxnummer

Meine Krankenkasse

Rezeptgebühren:  nicht befreit  befreit bis... (Befreiung bitte vorlegen)

Mein Hausarzt

Ich leide an...

- Herz-/Kreislaufkrankungen  
 Asthma  
 Allergien  
 Diabetes  
 Sonstiges:

Bekannte Allergien...

Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmäßig ein?

Ja, ich möchte auch über aktuelle Veranstaltungen der Apotheke informiert werden!

per Post  per Email, meine Adresse: \_\_\_\_\_  per Fax

Kundenkartennummer (wird von der Apotheke ausgefüllt): \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN!** 

## Welche Vorteile bringt Ihnen eine Kundenkarte unserer Apotheke?

- Sie erhalten einen Rabatt von 3 Prozent auf unser Freiwahlsortiment sowie auf nicht apothekenpflichtige Arzneimittel
- Wir sehen auf einen Blick die Medikamente, die Sie bisher von uns erhalten haben, so dass wir Sie umfassender und individueller beraten können
- Sie brauchen Ihren Befreiungsausweis nicht jedes Mal mitbringen, da wir diese Daten einmalig abspeichern können
- Wir können für Sie am Jahresende eine Sammelquittung zur Erstattung bei der gesetzlichen Krankenkasse oder zur Vorlage beim Finanzamt erstellen
- Wir können vermerken, wenn Sie unter bestimmten Allergien oder Unverträglichkeiten leiden



Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre persönlichen Daten bei uns gespeichert und verarbeitet werden. Wir versichern Ihnen, dass die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes eingehalten werden.

Die Daten werden ausschließlich zu internen Zwecken verwendet wie z.B. zur Lösung arzneibezogener oder gesundheitsbezogener Probleme und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ziel ist es, Ihre Arzneimitteltherapie und –versorgung zu optimieren und zu sichern.

Sie können jederzeit Auskunft über die gespeicherten Daten erhalten. Auf Wunsch werden Ihre persönlichen Daten auch wieder gelöscht, sofern keine anderen gesetzlichen Vorschriften gelten.

Ich möchte die Vorteile der Kundenkarte der Apotheke an der Weleda nutzen und stimme mit meiner Unterschrift der Speicherung meiner Daten zu.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte schicken Sie uns den ausgefüllten Antrag zu:

Apotheke an der Weleda, Möhlerstraße 1, 73525 Schwäbisch Gmünd

**Vielen Dank!**