

Antrag auf eine kostenlose Gesundheitskarte



ZOLLERN-APOTHEKE

...die bringt's

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Befreit: ja bis: _____ nein

Telefon: _____ Versichertenr.: _____

Mit unserer bzw. Ihrer Kundenkarte haben Sie folgende Vorteile:

Prüfung der Sicherheit und Verträglichkeit Ihrer Arzneimittel

Wechselwirkungen mit Ihren sämtlichen anderen Medikamenten werden sofort erkannt.

Auflistung Ihrer Zuzahlungen

Wir erfassen Ihre Rezeptzuzahlung in der Apotheke. Auf Wunsch erhalten Sie von uns eine Auflistung Ihrer Zuzahlung als Nachweis für die Krankenkassen.

Jahresabrechnung für das Finanzamt

Auf Wunsch erhalten Sie von uns eine Aufstellung sämtlicher Aufwendungen zum Nachweis außergewöhnlicher Belastungen. Das Sammeln und Aufbewahren von Einzelbelegen und Quittungsheften entfällt.

3 % Kundenkarten-Rabatt

Auf alle nichtapothekenpflichtigen Arzneimittel, Nichtarzneimittel, Kosmetika etc.

Wir wissen stets, ob Sie befreit sind

Hierzu reicht uns die jährliche Vorlage Ihres Befreiungsausweises.

Unser Versprechen:

Wir nehmen den sorgfältigen und sicheren Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten sowie die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz sehr ernst. Personenbezogene Daten sind Informationen, die Auskunft über Ihre Identität geben. Darunter fallen beispielsweise Ihr Name, Ihr Geburtsdatum und Ihre Email-Adresse. Genauso aber Ihre pharmazeutischen Daten aus ärztlichen Verordnungen und der Selbstmedikation.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt nur dann, wenn Sie uns dieses ausdrücklich mitteilen. Eine Nutzung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich durch unsere Apotheke sowie ggfls. durch unsere Filialapotheken. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Unsere Mitarbeiter sind von uns zur Vertraulichkeit verpflichtet. Sie haben überdies das Recht, jederzeit über die gespeicherten Daten Auskunft zu erhalten, diese zu korrigieren und löschen zu lassen.

Datenschutzerklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Zollern Apotheke die von mir angegebenen personenbezogenen und in diesem Zusammenhang anfallenden Daten bzgl. der Benutzung der Kundenkarte speichert, verarbeitet und nutzt. Diese Einverständniserklärung kann von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden. Meine Daten werden dann aus der Kundendatei gelöscht.

Ort/ Datum

Unterschrift