

+ + + Aktuelles aus Ihrer Apotheke + + +

Die Kundenkarte

Durch die Kundenkarte der Phönix-Apotheke bieten wir Ihnen jetzt noch mehr Service, wenn es um Ihre Gesundheit geht.

- **Pharmazeutische Betreuung.**
Gerne bieten wir Ihnen ein Servicepaket rund um Ihre medizinische Versorgung an. Durch eine Art Datenbank können wir Ihre ärztlichen Verordnungen erfassen und sämtliche arzneimittelbezogenen Probleme erkennen und ausschließen. So wird eine ganzheitlich pharmazeutische Beratung ermöglicht und wir können Sie optimal durch Ihre medikamentöse Versorgung begleiten.
- **Optimale Sicherheit und Verträglichkeit Ihrer Arzneimittel.**
Auf Wunsch prüfen wir, ob sich Ihr Medikament mit den Mitteln verträgt, die Sie bereits vor Wochen bei uns gekauft haben.
- **Auflistung Ihrer Zuzahlungen.**
Wir erfassen Ihre Rezeptzuzahlungen in unserer Apotheke. Am Jahresende erhalten Sie von uns eine Auflistung Ihrer Zuzahlungen als Nachweis für Ihre Krankenkasse.
- **Jahresabrechnung für das Finanzamt.**
Am Jahresende erhalten Sie von uns eine Aufstellung sämtlicher Aufwendungen zum Nachweis außergewöhnlicher Belastungen beim Finanzamt. Das Sammeln und Aufbewahren von Einzelbelegen und Quittungsheften entfällt.
- **5% Einkaufsrabatt.**
Wenn Sie mit Ihrer Kundenkarte einkaufen, erhalten Sie 5% Rabatt auf alle Kosmetik- und Pflegeprodukte.
- **Kontinuität.**
Wir wissen, welches Hustenmittel Ihnen im letzten Winter geholfen hat oder welchen Lichtschutzfaktor Ihr Sonnenschutzmittel hatte.

Antrag für eine kostenlose Kundenkarte:

Vorname:

Nachname :

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Telefon:

Krankenkasse &
Kassennummer:

Versichertennummer:

Zuzahlungsbefreiung,
wenn ja gültig bis:

Hausarzt:

Pharmazeutische Betreuung erwünscht? Ja Nein

Einverständniserklärung nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz

Um Ihnen zusätzlichen Service bieten zu können, benötigen wir die oben stehenden persönlichen Angaben und Ihre über unsere Apotheke bezogenen Arzneimittel speichern wir in unserer EDV. Wir versichern, dass die Daten ausschließlich innerhalb unseres Betriebes und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung genutzt werden. Die Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, dürfen ohne Ihr Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben werden.

Gemäß §§ 34, 35 BDSG sind Sie jederzeit berechtigt, Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berechtigung, Sperrung und Löschung ohne Angabe eines Grundes zu verlangen.

Für ihr Vertrauen bedanken wir uns.

Ort Datum Unterschrift

Von Apotheke auszufüllen: Kundennummer: _____
Kartennummer: _____