

IHRE LÖWEN APOTHEKE-KUNDENKARTE

rundum gut versorgt



Erhöhte Arzneimittelsicherheit

Um Ihnen eine **erhöhte Sicherheit** bei unterschiedlichen Verschreibungen geben zu können, hilft Ihnen unsere Kundenkarte. Dank der gespeicherten Daten können wir so Wechselwirkungen zwischen den Ihnen verordneten Medikamenten feststellen. Und wir können Sie auch für Ihre Selbstmedikation **noch besser beraten**.

Warnung vor Risiken

Sie werden bei Bekanntwerden von Risiken oder Rückrufen von Arzneimitteln in **kürzester Zeit** von uns **informiert**.

Befreiung von Zuzahlungen

Sie zeigen uns Ihren **Befreiungsbescheid** nur einmal. Von da an merken wir uns, dass – und wie lange – Sie von Zuzahlungen befreit sind.

Bequeme Sammelquittungen

Warum kompliziert, wenn es auch einfach geht? Auf Wunsch erstellen wir Ihnen am **Jahresende eine Auflistung** aller Arzneimittelkosten und Rezeptgebühren zur Vorlage bei der Krankenkasse oder dem Finanzamt. Das Sammeln von Einzelbelegen und das Führen von Quittungsheften entfällt.

Lohnende Vergünstigungen

Mit der Kundenkarte erhalten Sie **10% Rabatt** auf Artikel der Firmen Avène, La Roche-Posay, Vichy, Widmer und Dr. Hauschka sowie **3% Rabatt** auf andere Nicht-arzneimittel.

HIERMIT BEANTRAGE ICH EINE KUNDENKARTE DER LÖWEN APOTHEKE

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

von der Zuzahlung befreit nein ja, bis _____

Ihre Apotheke

MITTEN IM HERZEN DER STADT FREIBURG



DIE LÖWEN APOTHEKE

Kaiser-Joseph-Straße 205 | 79098 Freiburg | Telefon 0761 33431

post@loewen-apotheke-freiburg.de www.loewen-apotheke-freiburg.de

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG NACH § 4A BUNDESDATENSCHUTZGESETZ

Im Rahmen der kostenlosen Kundenkarte ist die Erhebung, Verarbeitung sowie Nutzung von personenbezogenen Daten, insbesondere meiner Gesundheitsdaten, in der Apotheke erforderlich. Ich bin über die Zwecke der Datenverarbeitung, meine betroffenen Daten sowie die Personen und Stellen, die von diesen Daten Kenntnis erlangen informiert. Mir ist bekannt, dass meine Angaben gemäß § 4 BDSG freiwillig erfolgen. Ich willige deshalb in eine entsprechende Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zur Unterstützung der Beratungstätigkeit der Apotheke mir gegenüber und damit nur zu eigenen Zwecken ein. Sie ist daher nicht berechtigt, diese Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten, an Dritte weiterzugeben. Ich bin darüber informiert, dass ich diese freiwillige Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der Apotheke widerrufen kann. Bei erfolgreichem Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine gespeicherten Daten sofort zu löschen. Gemäß § 34 BDSG bin ich jederzeit berechtigt, Auskunft über meine personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung, Sperrung und Löschung zu verlangen.

Datum _____

Unterschrift _____