

Ihre Vorteile als Kundenkarten-Inhaber:

1. Arzneimittelsicherheit

Wir überprüfen alle an Sie abgegebenen Arzneimittel auf **Unverträglichkeiten**. Wir wissen - dank der Kundenkarte - wenn Sie mehrere Präparate gleichzeitig nehmen und warnen Sie vor gefährlichen **Wechselwirkungen**.

Als Kundenkarteninhaber werden Sie bei Bekanntwerden von **Risiken oder Rückrufen** von Arzneimitteln sofort benachrichtigt.

2. Kontinuität

Sie können sich darauf verlassen, dass Sie Ihre **bewährten Mittel** von uns **wieder erhalten**. Denn wir speichern alle Präparate, die Sie von uns bekommen haben. So wissen wir auch im nächsten Jahr noch, welcher Hustensaft Ihnen in diesem Winter so gut geholfen hat.

3. Befreiung

Wenn Sie befreit sind, müssen Sie Ihren **Befreiungsausweis nur einmal vorlegen**. Wir können Ihre Befreiung speichern.

4. Sammelbelege

Auf Wunsch erstellen wir Ihnen am Jahresende **eine Auflistung aller Arzneimittelkosten** zur Vorlage bei Krankenkasse oder Finanzamt.

5. Information

Mit der Kundenkarte informieren wir Sie zu **Aktionen und Veranstaltungen** in unseren Ahorn Apotheken.

6. Vorteile

Sie erhalten **3 % Rabatt** auf alle Artikel des Selbstbedienungssortiments.

Antrag für eine Kundenkarte:



Apothekerin Barbara Stiglmaier
Am Sulzbogen 27 & Ludwigstr. 7
82256 Fürstenfeldbruck

Karten-Nr.: _____

Bitte ausfüllen:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

befreit bis: _____

Bitte auf der Rückseite unterschreiben!

Einwilligungserklärung zur Speicherung gesundheits- und arzneimittelbezogener Daten

Die **Ahorn Apotheken im Ärztehaus und im Citypoint in Fürstenfeldbruck** erfassen im Rahmen der Information und Abgabe von Arzneimitteln Daten sowie Angaben zu meiner Medikation.

Dazu gehören Daten auch zu meinem Gesundheitszustand sowie zur Anwendung der Arzneimittel. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten in den Apotheken gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die Daten dürfen dem Personal der Apotheken, das der Schweigepflicht unterliegt, und meinen behandelnden Ärzten im Rahmen des oben genannten Zweckes und bei arzneimittelbezogenen Problemen mitgeteilt werden. Meine Daten sind in beiden Apotheken verfügbar, um den Einsatz dort zu ermöglichen. Im Übrigen erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte, es sei denn, ich stimme dem ausdrücklich zu.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich von den datenschutzrechtlichen Pflichtinformationen der Ahorn Apotheken bei Erhebung von personenbezogenen Daten Kenntnis genommen habe. Meine Daten werden drei Jahre nach der letzten Eintragung von den Apotheken gelöscht.

Das Informationsblatt „**Patienten- und Kundeninformationen zum Datenschutz**“ kann ich auf der Homepage **www.ahornapo.com** jederzeit zur Kenntnis nehmen.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit formlos ohne Angabe von Gründen gegenüber einer der Ahorn Apotheken widerrufen werden. Nach Widerruf werden meine Daten zu den o.g. Zwecken unverzüglich gelöscht; unberührt bleiben Angaben zu meiner Person, die zu anderen Zwecken, insbesondere aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungspflichten, unabhängig von meiner Kundenkarte in den Ahorn Apotheken gespeichert wurden.

Datum, Unterschrift des volljährigen Kunden

**Ihre
persönliche
Kundenkarte**

**Nutzen Sie
die Vorteile!**