

MÖLENDORFF APOTHEKE

Informationen zur Kundenkarte



Die persönliche Kundenkarte bietet Ihnen viele Vorteile

Ihre Sicherheit:

Wir überprüfen Ihre Medikation mit Hilfe unserer aktuellen Datenbank und vermeiden dadurch gefährliche Wechselwirkungen. Somit wird gewährleistet, dass verordnete (auch von verschiedenen Ärzten) und von Ihnen gekaufte Arzneimittel miteinander verträglich sind.

Kontinuität:

Welcher Hustensaft hat Ihnen im letzten Winter so gut geholfen? Wie heißen die Kopfschmerztabletten? Wir wissen es und Sie können sich darauf verlassen, Ihr bewährtes Mittel zu erhalten. Auch Ihre Dauermedikamente werden erfasst und wir wissen, welche Tabletten von welcher Firma Sie erhalten haben.

Befreiungsausweis:

Der Zeitraum Ihrer Befreiung wird gespeichert. Sie brauchen die Bescheinigung nur einmal vorzulegen und wir können Sie auf den Rezepten ergänzen.

Sammelquittung:

Jederzeit können Sie einen Beleg über die geleisteten Zuzahlungen erhalten und diese bei Ihrer Krankenkasse als Nachweis für eine Befreiung oder eine Rückzahlung einreichen.

Jahresabrechnung für das Finanzamt:

Eine Aufstellung sämtlicher Aufwendungen zum Nachweis außergewöhnlicher Belastungen beim Finanzamt erstellen wir Ihnen bei Bedarf gern.

Abrechnung für Privatversicherte:

Sie können jederzeit Ihre Medikamente auflisten lassen und entscheiden, ob Sie die Rechnungen und Rezepte einreichen oder die Beitragsrückerstattung in Anspruch nehmen.

Füllen Sie bitte das umseitige Formular aus und geben Sie es bei uns in der Apotheke ab.
Sie erhalten dann Ihre Kundenkarte.

MÖLLENDORFF APOTHEKE MÖLLENDORFFSTRASSE 47 10367 BERLIN

ÖFFNUNGSZEITEN: MONTAG – FREITAG: 8.30 UHR – 18.30 UHR SAMSTAG 8.30 UHR - 13.00 UHR

MÖLLENDORFF APOTHEKE

Antrag für die Kundenkarte

Einverständniserklärung

Für die Kundenkarte benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Wir versichern Ihnen, dass die Daten ausschließlich innerhalb unserer Apotheke und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung verwendet werden. Mit Ihrer Unterschrift gestatten Sie uns, Ihre Daten zu speichern. Selbstverständlich können Sie Ihre Erklärung jederzeit widerrufen. Ihre Daten werden dann gelöscht. Für Ihr Vertrauen bedanken wir uns.

Name

Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefon, Fax

E-Mail

Geburtsdatum

Krankenkasse

Sonstige Angaben

Durch das Kreuzen dieses Kästchens erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Vorstehend genannten Daten durch die Möllendorf Apotheke.

Ort

Datum

Unterschrift

MÖLLENDORFF APOTHEKE MÖLLENDORFFSTRASSE 47 10367 BERLIN

ÖFFNUNGSZEITEN: MONTAG – FREITAG: 8.30 UHR – 18.30 UHR SAMSTAG 8.30 UHR - 13.00 UHR