

Vorteile durch ein Kundenkonto bei uns

✓ Sicherheit und Verträglichkeit

Wir überprüfen bei jedem Einkauf, ob sich Ihr neues Medikament mit den Mitteln verträgt, die Sie bereits einnehmen. So können wir Sie optimal beraten und vor möglichen Gefahren durch Wechselwirkungen bewahren.

✓ Gedächtnisstütze

Durch unsere Aufzeichnungen finden wir schnell und zuverlässig Ihr bewährtes Mittel, ohne dass Sie Belege oder Packungen aufbewahren müssen.

✓ Befreiungsstatus aktuell

Wenn Sie zuzahlungsbefreit sind, genügt mit einem Kundenkonto die Vorlage Ihres Ausweises einmal jährlich. Wir speichern Ihre Befreiung für das ganze Jahr.

✓ Einfache Steuererklärung

Am Jahresende erhalten Sie auf Wunsch kostenlos eine Aufstellung sämtlicher Ausgaben für Ihre Medikamente und Zuzahlungen zum Nachweis der sog. „außergewöhnlichen Belastungen“ für die Steuererklärung beim Finanzamt. Sie müssen keine Quittungen mehr sammeln!

✓ Kostenfreier Service

Unsere Kundenkartei ist eine Serviceleistung. Es entstehen Ihnen keine Kosten.

✓ Bonuspunkte sammeln und Geld sparen

Mit jedem Einkauf ohne Rezept sammeln Sie Bonuspunkte auf Ihrem Kundenkonto. Sobald Sie 50 Punkte gesammelt haben, können Sie bei Ihrem nächsten Einkauf mit diesen Punkten bezahlen. Für 50 eingelöste Punkte bekommen Sie 1,50€ Rabatt. Diese können Sie einlösen, wann Sie möchten und wofür Sie möchten.

Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung für Kundenkarten

Ich bin darüber informiert worden, dass die **Rathaus Apotheke in Rutesheim** und die **Markt Apotheke in Flacht** im Zusammenhang mit meiner Kundenkarte meine pharmazeutische Betreuung übernimmt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme (z. B. Wechselwirkungen) zu erkennen und zu lösen. Darüber hinaus dient die Kundenkarte der Erstellung von Belegen über meine geleisteten Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation zur Vorlage bei den Krankenkassen und dem Finanzamt. Die Kundenkarte ist auch in den Filialbetrieben gültig. Dazu ist es notwendig, personenbezogene Stammdaten (insbesondere Name, Anschrift, Kontaktdaten) und gesundheitsbezogene Daten (z. B. Allergien) sowie Angaben zu meiner Medikation zu speichern. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln, der Inhalt von Beratungsgesprächen, der Abgleich von Interaktionen sowie die Erhebung meiner Eigenleistungen. Diese Daten ermöglichen meine optimale Beratung und Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung sowie die Quittierung meiner Eigenleistungen gegenüber Krankenkassen und Finanzamt. Eine Verwendung meiner personenbezogenen Daten zu anderen Zwecken erfolgt nicht. Damit die Apotheke diese Leistung erbringen kann, ist meine Einwilligung erforderlich. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine Kontakt- und gesundheitsbezogenen Daten und alle Angaben zu meinen Medikamenten, die zu meiner pharmazeutischen Betreuung notwendig sind und die daraus gewonnenen Erkenntnisse im Rahmen einer Kundendatei in der Apotheke gespeichert werden. Darüber hinaus bin ich mit der Speicherung meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten, Selbstmedikation) einverstanden. Da der/die Apothekeninhaber/in und das Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung an Dritte weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke diesen Kontakt aufnimmt. Ich bin damit einverstanden, dass die von mir erhobenen personenbezogenen Daten und Angaben zu Arzneimitteln und anderen Produkten, die für mich verordnet wurden bzw. die ich in der Apotheke erhalte, auf meinen Wunsch für die Aktualisierung eines Medikationsplans nach § 31a Abs. 3 Satz 2 SGB V verwendet werden können. Auf die Möglichkeit zur Einsichtnahme der nach Art. 13 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bei der Erhebung personenbezogener Daten in der Apotheke bereitzustellenden weiteren Informationen bin ich hingewiesen worden. Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in meine Daten sowie schriftliche Auskunft darüber erhalten und selbst entscheiden, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten 3 Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen durch formlose Erklärung für die Zukunft widerrufen werden. In diesem Fall verliert die Kundenkarte ihre Gültigkeit. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen. Das Informationsblatt „Patienten- und Kundeninformation zum Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und lassen Sie es uns im Original zukommen. Vielen Dank!

Name, Vorname	
Adresse (Str., Hausnr., PLZ, Ort)	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
E-Mailadresse (optional)	
Datum, Unterschrift	
Hinweise / Notizen:	
☐ Ja , ich möchte gerne auf Rechnung bezahlen (Freigabe durch Apotheke notwendig)	
☐ Ja , ich möchte, dass meine Rechnungen per Lastschrift eingezogen werden (SEPA)	
☐ Ja , ich möchte Informationen, Gutscheine oder Werbung per Post oder E-Mail	