



## Ihre Vorteile durch ein Kundenkonto bei uns

### ✓ **Optimale Sicherheit und Verträglichkeit Ihrer Arzneimittel**

Wir legen für Sie ein Kundenkonto an. Auf diesem Konto speichern wir Ihre bei uns gekauften Medikamente und Artikel. Dabei überprüfen wir stets, ob sich Ihr neues Medikament mit den Mitteln verträgt, die Sie bereits vor Wochen oder Monaten bei uns gekauft haben. So können wir Sie optimal beraten und vor möglichen Gefahren durch Wechselwirkungen bewahren.

### ✓ **Gedächtnisstütze**

Durch unsere Kartei wissen wir, welches Hustenmittel Ihnen im letzten Winter so gut geholfen hat, oder welche Creme Sie unlängst verwendet haben. Wir finden schnell und zuverlässig Ihr bewährtes Mittel, ohne dass Sie Belege oder Packungen aufbewahren müssen.

### ✓ **Befreiungsstatus**

Wenn Sie zuzahlungsbefreit sind genügt mit einem Kundenkonto die Vorlage Ihres Ausweises einmal jährlich. Sie müssen Ihren Befreiungsausweis ab diesem Zeitpunkt nicht mehr vorzeigen.

### ✓ **Auflistung Ihrer Zuzahlungen**

Wir erfassen Ihre Rezeptzuzahlungen in der Apotheke. Am Jahresende erhalten Sie von uns auf Wunsch kostenlos eine Auflistung Ihrer Zuzahlungen als Nachweis für die Krankenkasse. Hier können Sie unter Umständen Geld sparen: Bei geringem Einkommen gibt es Härtefallregelungen zur Befreiung von Rezeptzuzahlungen.

### ✓ **Jahresabrechnung für das Finanzamt**

Am Jahresende erhalten Sie außerdem auf Wunsch kostenlos eine Aufstellung sämtlicher Ausgaben für selbst gekaufte Medikamente und Zuzahlungen zum Nachweis außergewöhnlicher Belastungen beim Finanzamt. Ihr Vorteil: Das Sammeln und Aufbewahren von Einzelbelegen und Quittungsheften entfällt.

### ✓ **Nicht noch eine Kundenkarte in meinem Portemonnaie!**

Keine Sorge, es geht auch sehr gut ohne die Karte. Ein kleiner Hinweis auf Ihr bestehendes Kundenkonto bei Ihrem nächsten Einkauf genügt und Sie genießen alle Vorteile Ihres Kundenkontos ohne weitere Plastikkarte im Portemonnaie.

### ✓ **Kostenfreier Service**

Unsere Kundenkartei ist eine reine Serviceleistung. Es entstehen Ihnen keinerlei Kosten.

### ✓ **Bonuspunkte und Prämien**

Mit jedem Einkauf ohne Verordnung 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.



## 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	
Straße, Hausnummer, PLZ und Ort	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Datum	
Unterschrift	

Ja ich bin damit einverstanden, dass mir Gutscheine und Grußkarten zu besonderen Anlässen - z.B. zu runden Geburtstagen - zugeschickt werden (*ggf. ankreuzen*).

*Bitte freilassen – wird von Apotheke ausgefüllt:*  Faktura  SEPA  Heim  Firma  Praxis  Stadt / Gemeinde  Pflege-Himi