

# Ihre Vorteile in Stichpunkten

## ■ Unverträglichkeitsüberprüfung

Wir können Sie warnen, wenn sich das gewünschte Medikament nicht mit dem Mittel verträgt, welches Sie kürzlich bei uns gekauft haben. Wir überprüfen Ihre Einkäufe routinemäßig auf Risiken und Wechselwirkungen.

## ■ Warnung vor Risiken

Falls wir von Herstellern oder der Fachpresse von wichtigen Neuerungen erfahren, die Ihre Gesundheit betreffen, können wir Sie gezielt und in kürzester Zeit informieren. Dies gilt auch für bekanntgewordene Risiken, die von Ihnen eingenommene Medikamente betreffen.



## ■ Ergänzende Informationen

Wir bieten Ihnen gezielte Zusatzinformationen über krankheitsbegleitende Maßnahmen und informieren Sie gerne über Themen, die Sie im Zusammenhang mit Ihrer Gesundheit interessieren.



## ■ Kontinuität

Wir wissen, welcher Hustensaft Ihnen im letzten Winter geholfen hat, welche Gelenkbinde genau die Richtige bei Ihrer Sportverletzung war und welchen Lichtschutzfaktor Ihr Sonnenschutzmittel im vergangenen Urlaub hatte. Und Sie können sich darauf verlassen, dass Sie Ihr bewährtes Mittel immer wieder erhalten.

## ■ Befreiungsbescheid

Sie brauchen uns Ihren Befreiungsbescheid nur einmal vorlegen. Von da an merken wir uns, dass Sie von der Zuzahlungspflicht befreit sind. Den Ausweis Ihrer Krankenkasse können Sie dann getrost zu Hause lassen.

## ■ Sammelbelege

Wussten Sie, dass Sie eventuell auch dann Geld vom Finanzamt zurückbekommen, wenn Sie nicht von der Zuzahlungspflicht befreit sind? Ob für die Krankenkasse oder für die Steuer, wir liefern Ihnen alle notwendigen Belege.

## ■ Und so einfach erhalten Sie Ihre persönliche Gesundheitskarte

Bringen oder schicken Sie uns den unten stehenden Coupon ausgefüllt zurück.

## ■ Einverständniserklärung

Damit wir Ihnen unser umfangreiches Serviceangebot zur Verfügung stellen können, benötigen wir von Ihnen persönliche Angaben. Arzneimittel, die Sie in unserer Apotheke bzw. einer unserer Partnerapotheken kaufen, speichern wir für einen Zeitraum von mindestens drei Jahren. Wir versichern Ihnen, dass diese Daten ausschließlich innerhalb unserer Apotheken und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung genutzt werden. Über hinzugekommene bzw. ausgeschiedene Apotheken informieren wir Sie umgehend. Ein Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit möglich. Ihre Daten werden dann in unserer Kundendatei gelöscht, soweit sie für die Erfüllung von gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.



Name/Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Kasse \_\_\_\_\_ befreit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Dauermedikation \_\_\_\_\_

Besonderes (Sport/Reisen etc.) \_\_\_\_\_

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_