



# Sonnen- APOTHEKE

## KUNDENKARTE



### Sonnen-Apotheke

Apothekerin Susanne Grimm e. K.  
Nördl. Hauptstraße 12 a  
86517 Wehringen

Telefon (0 82 34) 9 04 70 70  
Fax (0 82 34) 9 04 70 72

### Öffnungszeiten

Mo–Fr 8:00–18:30 Uhr  
Sa 8:00–13:00 Uhr

[www.sonnen-apotheke-wehringen.de](http://www.sonnen-apotheke-wehringen.de)  
[info@sonnen-apotheke-wehringen.de](mailto:info@sonnen-apotheke-wehringen.de)



## **Gute Gründe für die Kundenkarte der Sonnen-Apotheke**



### **Arzneimittelsicherheit**

Die Verbindung Ihrer Kundenkarte mit unserer modernen Datenbank ermöglicht es uns, eventuelle Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten Ihrer Medikamente zu überprüfen und Sie darauf hinzuweisen. Dadurch erhalten Sie nicht nur bei Verschreibungen, sondern auch in der Selbstmedikation mehr Sicherheit.

### **Kostenaufstellung**

Wir erstellen Ihnen gerne und jederzeit eine Auflistung aller Arzneikosten zur Vorlage beim Finanzamt oder bei Ihrer Krankenkasse. Das Sammeln und Aufbewahren von Einzelbelegen und Quittungen ist somit nicht mehr notwendig.

### **Bonus**

Sie erhalten 3 % Preisnachlass auf alle in der Apotheke gekauften Artikel. Von der Rabattierung ausgeschlossen sind: Rezeptgebühr, verschreibungspflichtige Arzneimittel, Angebotspreise, Bücher.

**Ja,** ich möchte meine persönliche Kundenkarte  
mit dem Service der Sonnen-Apotheke haben:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Befreiung liegt vor bis \_\_\_\_\_

bekannte Allergien \_\_\_\_\_

### **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich entsprechend § 4a des Bundesdatenschutzgesetzes mein Einverständnis, dass meine persönlichen Adress- und meine Arzneimitteldaten von der Sonnen-Apotheke in Wehringen gespeichert werden.

Ich habe das Recht, jederzeit über die gespeicherten Daten Auskunft zu bekommen und diese löschen zu lassen. Eine Weiterleitung an Dritte untersage ich.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz

Im Rahmen der kostenlosen Kundenkarte ist die Erhebung, Verarbeitung sowie Nutzung von personenbezogenen Daten in der Apotheke erforderlich.

Ich bin darüber informiert worden, dass die Apotheke meine pharmazeutische Betreuung übernimmt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme zu erkennen und zu lösen. Darüber hinaus dient auf meinen Wunsch hin die Kundenkarte der Erstellung von Belegen über meine geleisteten Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation zur Vorlage durch mich bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt.

Ich bin deshalb damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten, die zu meiner pharmazeutischen Betreuung notwendig sind, und die daraus gewonnenen Erkenntnisse (z. B. Wechselwirkungen von Medikamenten) in der Apotheke gespeichert werden. Darüber hinaus bin ich mit der Speicherung meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten, Selbstmedikation) einverstanden.

Die Apotheke ist nicht berechtigt, meine personenbezogenen Daten an Dritte weiterzugeben, es sei denn, übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (wie bspw. Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, Auftragsdatenverarbeitende Dienstleister). Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke diesen Kontakt aufnimmt.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben gemäß § 4 BDSG freiwillig erfolgen. Gemäß §§ 34, 35 BDSG bin ich jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berechtigung, Sperrung und Löschung zu verlangen. Ich bin darüber informiert, dass ich diese freiwillige Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der Apotheke widerrufen kann. Bei erfolgtem Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine gespeicherten Daten unverzüglich zu löschen.