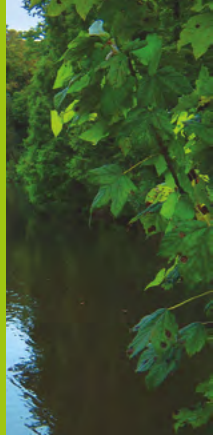


Ihre Vorteile. Unser Service:



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.

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 letzten Urlaub hatte. Und Sie können sich darauf verlassen, dass Sie Ihr bewährtes Mittel immer wieder erhalten.

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 bekannt gewordene Risiken, die von Ihnen eingenommene Medikamente betreffen.

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.

Einkaufsvorteile

Sparen Sie bei Ihrem Einkauf. Genießen Sie Rabatte auf Teile unseres Freiwahlsortiments. (Vitaminpräparate, Hygieneartikel, Kosmetika, u.v.m)

Einverständniserklärung

Um Ihnen diesen zusätzlichen Service anbieten zu können, benötigen wir einige persönliche Angaben. Wir versichern, dass diese Daten ausschließlich innerhalb unseres Betriebes und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung verwendet werden. Mit Ihrer Unterschrift gestatten Sie uns, Ihre persönlichen Daten in unserer EDV zu speichern und Sie bei Rückfragen telefonisch zu kontaktieren. Sie können diese Einverständniserklärung selbstverständlich jederzeit widerrufen, Ihre Daten werden dann aus unserer Kundenkartei gelöscht. Zudem können Sie auf Wunsch Ihre persönlichen von uns gespeicherten Daten einsehen. Für Ihr Vertrauen bedanken wir uns.

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Geb.-Datum: _____

Kasse: _____ befreit: _____ bis: _____

Dauermedikation: _____

Besonderes (Sport/Reisen): _____

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden:

Ort/Datum

Unterschrift

Ein Service Ihrer Apotheke:

Ihre persönliche
Gesundheitskarte.

