

Einverständniserklärung (Teil 1)

Um Ihnen diese zusätzlichen Serviceleistungen anbieten zu können, benötigen wir einige persönliche Angaben. Wir versichern Ihnen, dass diese Daten ausschließlich innerhalb unserer Apotheke und zu Ihrer Beratung und Betreuung verwendet werden. Mit Ihrer Unterschrift gestatten Sie uns, Ihre persönlichen Daten in unserem EDV-System zu speichern. Diese Einverständniserklärung können Sie selbstverständlich jederzeit widerrufen. Ihre Daten werden dann aus unserer Kundenkartei gelöscht.

Ja, ich möchte gerne die Kunden-Service-Karte bekommen.

Herr

Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

----- /
Vorwahl

Telefonnummer

E-Mail

Hausarzt

Ich habe Interesse am Bezug des e-mail Newsletters.

ja

nein

Zuzahlungsbefreiung: nein

ja, seit: -----

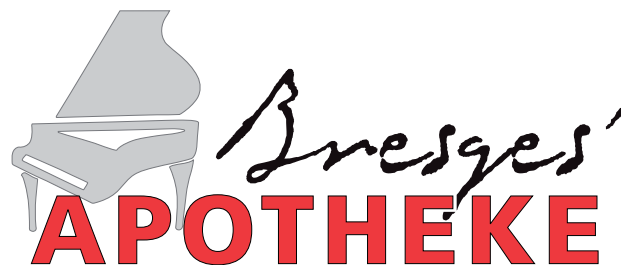
Warum eine Servicekarte?

Viele Unternehmen werben heutzutage für den Erwerb einer Kundenkarte. Wozu also dient die Kundenkarte in Ihrer Apotheke?

Zuallererst sei darauf hingewiesen, dass Ihre Kunden-Service-Karte keine weiteren Daten als Ihre Kundennummer enthält.

Ihre Daten werden von uns, Ihr Einverständnis vorausgesetzt, in unserem Computer gespeichert und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung verwendet.

An Ihrer Kunden-Service-Karte erkennen wir Sie als Stammkunden und können damit die hier beschriebenen Leistungen auf Ihre individuellen Bedürfnisse abstimmen.



Apotheker C. Bresges
Düsseldorfer Str. 77
40667 Meerbusch

Telefon 02132-8855
Telefax 02132-72481
www.bresges-apo.de



Prüfen von Unverträglichkeiten + Schnelle Information + Ergänzende Informationen + Kontinuität + Treuebonus + Sammelbelege + Betreuungsbescheid + Betreuungsbefreiung

Nutzen Sie die Vorteile unserer Kunden-Service-Karte.

A+
IHRE APOTHEKE
MIT DEM SERVICE**PLUS**

Die Vorteile im Überblick:

- + Prüfen von Unverträglichkeiten**
Alle per Rezept verordneten oder frei gekauften Arzneimittel speichern wir für Sie und können Sie warnen, wenn sich Ihr neues Mittel mit diesem Präparat nicht verträgt, denn wir überprüfen Ihre Einkäufe routinemäßig auf Risiken und Wechselwirkungen.
- + Schnelle Information**
Falls wir von Herstellern oder aus der Fachpresse von wichtigen Neuerungen bezüglich Ihrer Gesundheitsprobleme oder von eventuell bekannt gewordenen Risiken bei bestimmten Mitteln erfahren, können wir Sie in kürzester Zeit informieren.
- + Ergänzende Informationen**
Sie erhalten auf Wunsch gezielte Zusatzinformationen über krankheitsbegleitende oder vorbeugende Maßnahmen sowie andere Themen, die Sie in Hinblick auf Ihre Gesundheit interessieren.
- + Kontinuität**
Sie können sich darauf verlassen, dass Sie Ihr bewährtes Mittel immer wieder von uns erhalten. Wir wissen, welcher Hustensaft Ihnen im letzten Winter so gut geholfen hat, welche Gelenkbinde genau die richtige bei Ihrer letzten Sportverletzung war und welchen Lichtschutzfaktor Ihr Sonnenschutz im letzten Urlaub hatte. Ihr Arzneimittel sah beim letzten Mal anders aus? Wir prüfen, ob Ihnen Ihr Arzt das Arzneimittel einer anderen Firma verordnet hat oder halten ärztliche Rücksprache.

- + Befreiungsbescheid**
Sie zeigen uns Ihren Befreiungsbescheid nur einmal im Jahr. Von da an merken wir uns, dass Sie von Ihrer Zuzahlungspflicht befreit sind. Den Ausweis Ihrer Krankenkasse können Sie getrost zu Hause lassen.
- + Sammelbelege**
Nicht nur für die Beantragung einer Befreiung von der Zuzahlung bei Ihrer Krankenkasse, sondern auch für das Finanzamt oder, falls Sie als Privatpatient vor der Frage stehen, ob sie Ihre Ausgaben für Ihre Arzneimittel selber tragen oder bei Ihrer Krankenkasse einreichen wollen, erstellen wir Ihnen die notwendigen Belege. Egal, ob geleistete Zuzahlung oder im Rahmen der Selbstmedikation getätigte Einkäufe, Sie erhalten von uns den entsprechenden Beleg für den von Ihnen gewünschten Zeitraum.
- + Treuebonus**
Auf frei verkäufliche Waren gewähren wir Ihnen einen Treuerabatt von 3%. Ihre diesbezüglichen Fragen beantworten wir gerne persönlich.

Einverständniserklärung (Teil 2)

- persönliche Angaben -

Chronische Erkrankungen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie gegen | <input type="checkbox"/> Venenleiden |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ II | <input type="checkbox"/> koronare Herzkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Darm / Durchfall | <input type="checkbox"/> Kopfschmerz |
| <input type="checkbox"/> Darm / Verstopfung | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> sonstige Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Leberbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| | <input type="checkbox"/> Gicht |
| | <input type="checkbox"/> Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="checkbox"/> Rheuma |

Dauermedikationen/ -verordnungen:

Sonstiges (Reise/Sport):

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift



»ANTRAG: KUNDEN-SERVICE-KARTE«