

**Nutzen Sie die Vorteile Ihrer persönlichen und kostenlosen Kundenkarte.**



**Bares Geld sparen!**

Sie können mit Ihrer Kundenkarte bares Geld sparen.

Bei einem Einkauf von ausgewählten Körperpflegemitteln und Kosmetika aus unserem Selbstbedienungsangebot, erhalten Sie einen Sofortrabatt von 5% pro Produkt.



**Befreit von der Rezeptgebühr?**

Sind Sie von der Rezeptgebühr freigestellt, wird dies in Ihrer Kundenkarte vermerkt.

Ihren Befreiungsausweis müssen Sie dann nicht jedes Mal vorzeigen.



**Optimale Sicherheit und Verträglichkeit Ihrer Arzneimittel**

Profitieren Sie von mehr Arzneimittelsicherheit.

Mit Unterstützung unseres modernen Computersystems überprüfen wir bei jedem Ihrer Einkäufe, ob das verordnete oder von Ihnen gekaufte Medikament mit Ihren anderen Arzneimitteln verträglich ist. Auf diese Weise vermeiden Sie unerwünschte Wechselwirkungen.



**Datenschutz**

Ihr Vertrauen ist uns wichtig! Bitte beachten und unterschreiben Sie Seite 2.



**Überblick**

Das Sammeln und Aufbewahren von Einzelbelegen und Quittungsheften entfällt!

Jederzeit drucken wir gerne für Sie eine Übersicht Ihrer Zuzahlungen oder Ihrer gesamten Einkäufe aus. So haben Sie immer den Überblick Ihrer geleisteten Zahlungen und können diese bei Ihrer Krankenkasse oder dem Finanzamt einreichen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße : \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse : \_\_\_\_\_ Zuzahlungsbefreiung ?  Nein  Ja, bis \_\_\_\_\_

Allergien / Sonstiges: \_\_\_\_\_

**In der Noltemeyer Apotheke, Podbielskistr. 315, 30659 Hannover, Tel. 0511 / 647 67 89 wird für mich eine elektronische Patientendatei geführt.**

Dazu werden meine persönlichen Daten sowie Daten zu meinen Erkrankungen, meinen behandelnden Ärzten und meiner Arzneimitteltherapie, die sich aus vorgelegten Verordnungen oder OTC-Verkäufen ergeben, sowie ggf. Informationen über die Befreiung von der Zuzahlung erfasst. Meine Daten werden hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Zudem dient die Kundenkarte dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen (Zuzahlungsbescheinigung).

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme auch aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Arzneimitteln ergeben, wird mich mein Apotheker um mein Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme bitten und ihn über diese anderweitige Medikation unterrichten. Ich bin damit einverstanden, dass mich mein Apotheker diesbezüglich auch telefonisch oder postalische kontaktieren darf.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich oder in Textform (E-Mail) ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich habe die Datenschutzerklärung der Noltemeyer Apotheke, Podbielskistr. 315, 30659 Hannover zur Kenntnis genommen.

Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an den Betriebserlaubnisinhaber der Noltemeyer Apotheke und vertraulich an den Datenschutzbeauftragten wenden.

**Ich möchte über Angebote und Aktionen der Noltemeyer Apotheke informiert werden.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift