

Apotheker Klaas Frederik Wighardt e.K.

Flensburger Str.61 · 24837 Schleswig

Tel. 04621-9777036 · Fax 04621-9777037

E-Mail: apo-pluspunkt@apomail.de

Nutzen Sie die Vorteile unserer Kundenkarte:

Bestmögliche Beratung

Unsere Mitarbeiter beraten Sie umfassend und bestmöglich und wissen welche Medikamente Sie bislang in unserer Apotheke erhalten haben.

Arzneimittelsicherheit

Verträgt sich Medikament A mit Medikament B? Wir prüfen Ihre Medikamente auf Wechselwirkungen und Arzneimittelunverträglichkeiten. So sind Sie stets sicher beraten.

Zuzahlungsbefreit?

Ihre Befreiungsbescheinigung müssen Sie nur einmal pro Jahr vorlegen. Mit Ihrem Einverständnis speichern wir die Befreiungsdauer und wissen so stets, dass Sie von Zuzahlungen befreit sind.

Jahresabrechnung und Sammelquittung

Wir erstellen für Sie eine Sammelquittung für die Rückerstattung von Rezeptgebühren durch die Krankenkasse oder für das Finanzamt.

Entweder 3% Rabatt oder Payback Punkte

erhalten Sie auf alle Produkte Ihrer Wahl. Dies gilt aus gesetzlichen Gründen nicht auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, Zuzahlungen, sowie auf Aktionsartikel.

Datenschutz

Wir versichern, dass die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) eingehalten werden und insbesondere Daten, die Ihre Gesundheit betreffen, strengster Geheimhaltung unterliegen.

Zweck der Datenverarbeitung

Die Erhebung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich zur Optimierung Ihrer Arzneimittelsicherheit (Prüfung auf Wechselwirkungen), zur Abrechnung mit Krankenkassen sowie zur Erstellung von Sammelquittungen.

Einwilligungserklärung zur Aufnahme personenbezogener Dateien in der Apotheke im Pluspunkt

Angaben zum Kunden

- ☐ Name, Vorname: _____
- ☐ Straße, Nr.: _____
- ☐ PLZ, Ort: _____
- ☐ Telefon: _____
- ☐ E-Mail: _____
- ☐ Geburtsdatum: _____
- ☐ Bekannte Allergien: _____
- ☐ Grunderkrankungen: _____
- ☐ Krankenkasse: _____
- ☐ Zuzahlungsbefreiung nein ☐ ja ☐ bis _____

Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker/meine Apothekerin mit diesem Kontakt aufnimmt.

nein ☐ ja ☐

Hiermit erteile ich die Erlaubnis, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt im Bedarfsfall ein von ihr/ihm ausgestelltes Rezept direkt an die Apotheke im Pluspunkt weitergeben darf.

nein ☐ ja ☐

Einwilligungserklärung

Nachweis zur Einwilligung der Aufnahme personenbezogener Daten gemäß DSGVO Art. 7/BDSG-Neu § 51.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten Daten durch die Apotheke im Pluspunkt, Schleswig. Diese Einwilligung bezieht sich auch auf alle Daten zu Medikation und zu Arzneimitteln und Produkte, die ich in der o.g. Apotheke im Pluspunkt erhalte bzw. erwerbe. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Im Falle eines Inhaberwechsels der Apotheke erteile ich hiermit die Erlaubnis, dass meine persönlichen Daten weitergenutzt werden dürfen.

Datum, Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der o.g. Dienstleistungen Ihre Kundendaten ggf. an externe Dienstleister weitergegeben werden. Der von uns bestellte Datenschutzbeauftragte wirkt auf die Einhaltung des Datenschutzes hin.

nein ☐ ja ☐

Ich bin mit der Zusendung von Informationen (z.B. zu Gesundheitsaktionen oder Geburtstagsgrüßen) per Post oder E-Mail einverstanden.

nein ☐ ja ☐

Ihre Rechte: Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer gespeicherten Daten. Sie können der Nutzung Ihrer Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. (Art. 15-18 DSGVO)

Datum, Unterschrift