

Alle Vorteile auf einen Blick

Individuelle Beratung

Um Sie optimal beraten zu können ist es oft hilfreich, ein wenig mehr über Sie zu wissen: zum Beispiel, ob Sie allergisch auf einzelne Stoffe reagieren, oder ob Sie an einer chronischen Krankheit leiden. Mit der Kundenkarte können wir auf Ihre individuelle Situation Rücksicht nehmen.

Arzneimittelsicherheit

Dank der gespeicherten Daten können wir Wechselwirkungen zwischen Ihren Medikamenten feststellen. Das erhöht Ihre Sicherheit bei Verschreibungen und in der Selbstmedikation.

Wir wissen, was Ihnen geholfen hat

Wir speichern alle Präparate, die Sie bei uns gekauft haben. So wissen wir auch im nächsten Jahr noch, welcher Hustensaft Ihnen im letzten Winter so gut geholfen hat.

Befreiung

Die Karls-Apotheke speichert Ihren Befreiungsbeleg, somit brauchen Sie Ihren Ausweis nur einmal bei uns vorzuzeigen.

Einfache Abrechnung für Finanzamt und Krankenkasse

Auf Wunsch erstellen wir Ihnen jederzeit eine Auflistung aller Arzneimittelkosten und Rezeptgebühren zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse oder dem Finanzamt. Das Sammeln und Aufbewahren von Einzelbelegen und Quittungsheften entfällt.

Ihre Treue wird belohnt

mit der Kundenkarte erhalten Sie 3% Rabatt auf alle Artikel im Freiverkauf. Der Rabatt wird bei jedem Einkauf direkt abgezogen - ohne lästiges Punktesammeln...

Faktura bei Privatkunden

Sie müssen kein Geld mehr vorschießen, wenn Sie Privatpatient sind. Auf Wunsch zahlen Sie bargeldlos mit monatlicher Bankabbuchung. Wir erstellen Ihnen eine Sammelrechnung, die wir erst Mitte des Folgemonats per Lastschrift einziehen.

Die persönliche

Kundenkarte

aus Ihrer

Karls  Apotheke

Herzlich. Kompetent. Servicestark.

Karls-Apotheke in Kippenheim · Bahnhofstraße 25 · 77971 Kippenheim
Telefon 0 78 25 / 8 44 60 Fax 0 78 25 / 8 44 666 www.apotheke-kippenheim.de

Karls-Apotheke in Mahlberg · Stauferstraße 1 · 77972 Mahlberg
Telefon 0 78 25 / 2700 Fax 0 78 25 / 5155 www.apotheke-mahlberg.de

beste Betreuung
zu Vorzugspreisen

Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung für die Kundendatei

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Ich bin darüber informiert worden, dass die **Karls-Apotheke in Kippenheim** nebst Filialbetrieb **Karls-Apotheke in Mahlberg** im Zusammenhang mit meiner Kundenkarte meine pharmazeutische Betreuung übernimmt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme (z. B. Wechselwirkungen) zu erkennen und zu lösen. Dies erfolgt mit dem Ziel, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Darüber hinaus dient die Kundenkarte der Erstellung von Belegen über meine geleisteten Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation zur Vorlage bei den Krankenkassen und dem Finanzamt. Die Kundenkarte ist auch in den Filialbetrieben gültig.

Dazu ist es notwendig, meine oben genannten Stammdaten (Name, Anschrift, Kontaktdaten) und meine gesundheitsbezogenen Daten (z. B. behandelnder Arzt, Allergien, Erkrankungen, Kostenträger) sowie Angaben zu meiner Medikation zu speichern. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln, der Inhalt von Beratungsgesprächen, der Abgleich von Interaktionen sowie die Erhebung meiner Eigenleistungen. Diese Daten ermöglichen meine optimale Beratung und Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung sowie die Quittierung meiner Eigenleistungen gegenüber Krankenkassen und Finanzamt. Eine Verwendung meiner personenbezogenen Daten zu anderen Zwecken erfolgt nicht. Damit meine Apotheke diese Leistung erbringen kann, ist meine Einwilligung hierzu erforderlich.

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

Da die Apothekeninhaberin und das Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten/Zahnärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke diesen Kontakt aufnimmt. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke, als auch meinen Arzt/Zahnarzt von der Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir erhobenen personenbezogenen Daten und Angaben zu Arzneimitteln und anderen Produkten, die für mich verordnet wurden bzw. die ich in der Apotheke erhalte, auf meinen Wunsch für die Aktualisierung eines Medikationsplans nach § 31a Abs. 3 Satz 2 SGB V verwendet werden können.

Auf die Möglichkeit zur Einsichtnahme der nach Art. 13 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bei der Erhebung personenbezogener Daten in der Apotheke bereitzustellenden weiteren Informationen bin ich hingewiesen worden.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in meine Daten sowie schriftliche Auskunft darüber erhalten und selbst entscheiden, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten 3 Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen durch formlose Erklärung für die Zukunft widerrufen werden. In diesem Fall verliert die Kundenkarte ihre Gültigkeit.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen. Sollte ich weitere Fragen zur Kundendatei haben, kann ich mich jederzeit an das Apothekenpersonal wenden. Sollte ich Fragen zum Datenschutz haben, kann ich diese jederzeit stellen und mich darüber hinaus vertraulich an den internen Datenschutzkoordinator der Apotheke (**Dr. Martin Müller, datenschutz@karlsapo.de**) oder an den Datenschutzbeauftragten (**Dr. Christoph Baum, info@sancert-online.de**) wenden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke mir Gutscheine und Grußkarten zu besonderen Anlässen zuschickt.

Datum: _____

Unterschrift: _____