

Werden Sie Stammkunde und holen Sie sich jetzt Ihre persönliche Kundenkarte.

Seite 2 von 2

## 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 umstehend genannten Daten durch die Obere Apotheke, Theresienstraße 2, 85049 Ingolstadt. Diese Einwilligung bezieht sich auch auf alle Daten zu Medikation, zu Arzneimitteln, zu Produkten und zu Dienstleistungen, die ich in der Obere Apotheke Ingolstadt erhalte bzw. erwerbe.

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

Ich bin mit der Zusendung von Informationen, Einladungen oder Grüßen zu Geburts- und Feiertagen per Post, E-Mail, Fax oder Telefon sowie mit der Überbringung von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch Kurierdienste einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der vorstehend genannten Dienstleistungen meine Kundendaten ggf. an externe Dienstleister weitergegeben werden. Der von der Obere Apotheke Ingolstadt bestellte Datenschutzbeauftragte wirkt auf die Einhaltung des Datenschutzes hin.

ja  nein

Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift



OBERE  
APOTHEKE



OBERE  
APOTHEKE

Wir freuen uns auf Ihren Besuch.  
Apotheker Anton M. Brandl e.K.

Theresienstraße 2 · 85049 Ingolstadt  
Tel. 08 41/3 33 16 · Fax 08 41/1 79 00  
[www.obere-apo.de](http://www.obere-apo.de)

Online-Bestellannahme:  
[order@obere-apo.de](mailto:order@obere-apo.de)

Öffnungszeiten: Mo-Fr 8.30 - 19.00  
Sa 8.30 - 16.00

Mehr Service.  
Mehr Sicherheit.  
Mehr Bonus.

Mehr Service.  
Mehr Sicherheit.  
Mehr Bonus.



OBERE  
APOTHEKE

Theresienstraße 2 · 85049 Ingolstadt  
Tel. 08 41/3 33 16 · Fax 08 41/1 79 00  
[www.obere-apo.de](http://www.obere-apo.de) · [order@obere-apo.de](mailto:order@obere-apo.de)

# Gute Gründe für unsere Kundenkarte

Ja, ich möchte meine persönliche Kundenkarte gerne haben.

Seite 1 von 2

## Bestmögliche Beratung

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

## Arzneimittelsicherheit durch Wechselwirkungscheck

Jedes von Ihnen gekaufte Arzneimittel wird gespeichert. Wir überprüfen automatisch, ob sich die erhaltenen Medikamente miteinander vertragen.

## Zuzahlungsbefreit?

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

## Bankeinzug

Dieser Service ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Bitte sprechen Sie uns darauf an.

## Jahresabrechnung und Sammelquittung

Mit einer Jahressammelquittung haben Sie die Möglichkeit (gemäß den gesetzlichen Vorschriften), nachträglich die Zuzahlung von Ihrer Krankenkasse zurückerstattet zu bekommen. Die Sammelquittung kann auch als Vorlage beim Finanzamt dienen. (Jederzeit im Jahr erhältlich). Ihre Daten werden spätestens 3 Jahre nach Ihrem letzten Besuch in der Apotheke gelöscht.



## Treuerabatt

Erhalten Sie einen Treuerabatt auf Freiwahlartikel aus dem Selbstbedienungssortiment. Aktionsartikel und bereits reduzierte Ware ausgenommen.

## Persönliche Informationen

Wir gratulieren persönlich zu besonderen Anlässen und haben eine kleine Überraschung für Sie. Wir informieren Sie über unsere besonderen Aktionen und Veranstaltungen und laden Sie persönlich zu Informationsveranstaltungen in unsere Apotheke ein.

## Datenschutz

Wir versichern, dass die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) eingehalten werden und insbesondere Daten, die Ihre Gesundheit betreffen, strengster Geheimhaltung unterliegen. Unsere Datenschutzbestimmungen können Sie auf [www.obere-apo.de](http://www.obere-apo.de) einsehen oder bei uns in der Apotheke.

## Angaben zur Person

Name  Vorname

Straße/Hausnr.  PLZ/Ort

Telefon/Handy

Email

Kundennummer  Geburtsdatum

Krankenkasse

Zuzahlungsbefreiung **ja**  **nein**  gültig bis

Bekannte Krankheitsbilder

Bekannte Allergie

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. **ja**  **nein**

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

Hiermit erteile ich die Erlaubnis, dass Sammelquittungen nur gegen Vorlage des Personalausweises an Dritte ausgehändigt werden dürfen. **ja**  **nein**