# Was bietet Ihnen Ihre persönliche Kundenkarte?

- ***Optimale Beratung und mehr Arzneimittelsicherheit***
  Mit Ihrer persönlichen Kundenkarte ist es uns möglich, alle Arzneimittel von Ihnen auf unerwünschte Wechselwirkungen zu überprüfen und Sie auf Risiken hinzuweisen.

- ***Sammelquittungen***
  Die Jahressammelquittung können Sie bei Ihrer Krankenkasse oder auch bei der Steuererklärung zur Vorlage beim Finanzamt nutzen.

- ***Rabatt im Selbstbedienungssortiment.***
  Kunden mit unserer Kundenkarte erhalten auf alle freiverkäuflichen Waren im Selbstbedienungssortiment sofort 3% Barrabatt.

**Unser Service für unsere Kunden**:

- Blutdruck– und Blutzuckerbestimmung
- Bandagen, Stütz- und Kompressionsstrümpfe
- Verleih von Milchpumpen und Babywaagen
- Beratung im Bereich der Aromatherapie
- Homöopathieberatung
- Bach-Blütenberatung und Anfertigen individueller Mischungen
- Online-Bestellung unter: www.reil-apotheke.de,
- **als App: https://reilapothekehalle.bluesrv01.de**

Ich bin mit der Zusendung von Informationen und Schreiben per Post, E-Mail oder Fax einverstanden. Der Nutzung meiner Daten zu diesem Zweck kann ich jederzeit widersprechen.

Datum/ Unterschrift

## Einverständniserklärung nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz

Reil aroma Apotheke

Durch die Kundenkarte ist die automatisierte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in der Apotheke erforderlich. Ich bin darüber informiert, dass die Apotheke meine pharmazeutische Betreuung übernimmt. Zudem dient die Kundenkarte dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine unten genannten und die gesundheitsbezogenen Daten in der Apotheke gespeichert werden.
Die Apotheke ist nicht berechtigt, meine personenbezogenen Daten an unbefugte Dritte weiterzugeben. Ich bin, falls notwendig, mit einer Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten durch die Apotheke einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben freiwillig erfolgen. Ich bin jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung und Sperrung zu verlangen.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der Apotheke widerrufen. Bei Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine Daten unverzüglich zu sperren.

| Name: | Vorname: |
|---|---|
| Geburtsdatum: | Krankenkasse: |
| Straße: | Telefon: |
| PLZ/ Ort: | Datum: |
| E-Mail: | Unterschrift: |

Bitte Rückseite beachten!

Stand 11/25