

# Die Apotheken-KUNDENKARTE

... ein Service Ihrer Bären-Apotheke



Apothekerin: Edith Streit-Jarosch  
info@baeren-apotheke-essenbach.de  
www.baeren-apotheke-essenbach.de  
Tel.: 08703 91700 Landshuter Straße 8  
Fax: 08703 91701 84051 Essenbach

## Was bietet Ihnen Ihre persönliche Kundenkarte?

### Rabatt

Beim Vorlegen Ihrer Apotheken-Kundenkarte erhalten Sie 3% Rabatt auf alle nicht rezeptpflichtigen Arzneimittel und auf Produkte der Selbstbedienung.

### Optimale Beratung

Bitte legen Sie diese Karte bei jedem Besuch in unserer Apotheke vor. Damit ermöglichen Sie uns eine optimale Beratung und Betreuung.

### Mehr Arzneimittelsicherheit

Mit der persönlichen Kundenkarte ist es uns möglich, die verordneten Arzneimittel und die von Ihnen gekauften Arzneimittel auf Wechselwirkungen bzw. Unverträglichkeiten zu überprüfen.

### Zuzahlungsbefreiung

Ab 2004 gibt es keine pauschale Befreiung von Jahresbeginn an. Die Höhe der Zuzahlung, die Sie während eines Jahres zu leisten haben, darf 2% Ihres Jahreseinkommens nicht überschreiten. Bei chronisch Kranken beträgt die Obergrenze 1%. Als Besitzer der Apotheken-Kundenkarte können wir Sie jederzeit über die Höhe der bereits geleisteten Zuzahlungen informieren und Ihnen eine Sammelquittung ausstellen.

### Sammelquittung

Mit einer Jahressammelquittung haben Sie die Möglichkeit, sofern die gesetzlichen Vorschriften auf Sie zutreffen, von Ihrer Krankenkasse eine Rückerstattung zu bekommen. Die Quittung kann jedoch auch bei der Steuererklärung zur Vorlage beim Finanzamt dienen.

### Wir helfen

Das haben Sie evtl. auch schon erlebt: Sie benötigen ganz bestimmte Medikamente, stehen in der Apotheke und haben verständlicherweise bei der Flut des Angebots die Namen Ihrer Präparate vergessen. Hier hilft die persönliche Kundenkarte. Ein Blick in den Computer und alles ist klar!

### Kostenloser Lieferservice im Einzelfall

Nutzen Sie unseren Lieferservice auch per Telefon, Fax oder E-Mail. Wir liefern innerhalb 24 Stunden im Einzelfall.

---

## Antrag auf Ausstellung einer Apotheken-Kundenkarte

-----  
Name

-----  
Name des Hausarztes

-----  
Straße

Mit meiner Unterschrift auf dem Antrag erkenne ich die Aufnahme meiner persönlichen Daten an und bin mit der Speicherung der Daten einverstanden. Auf meine Anforderung sind die Daten unverzüglich zu löschen. Wir verpflichten uns, alle persönlichen Daten nur für Beratungszwecke mit dem Antragsteller zu verwenden.

-----  
PLZ, Ort

Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

-----  
Telefon

-----  
Datum, Unterschrift