SONNEN APOTHEKE & DROGERIE

Ihre Vorteile in Stichpunkten

Unverträglichkeitsüberprüfungen:

Wir können Sie warnen, wenn sich das gewünschte Medikament nicht mit den Mitteln verträgt, die Sie kürzlich bei uns geholt haben.

Wir überprüfen Ihre Einkäufe routinemäßig auf Risiken und Wechselwirkungen.

Warnung vor Risiken:

Falls Meldungen von Herstellern oder in der Fachpresse Ihre Medikamente betreffen können wir Sie informieren.

Ergänzende Informationen:

Wir bieten Ihnen gezielte Zusatzinformationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen, die Sie interessieren.

Kontinuität:

Dank der Kundenkarte können wir nachsehen, welche Medikamente oder Mittel Sie in der Vergangenheit hatten.
Wir versuchen Ihnen Ihr bewährtes Medikament wieder zu geben, wenn Ihre Krankenkasse die Möglichkeit bietet. So ersparen wir Ihnen einen ständigen Firmenwechsel.
Wir wissen, welcher Hustensaft Ihnen im letzten Winter geholfen hat, welche Gelenkbinde genau die Richtige bei Ihrer Verletzung war und welchen Lichtschutzfaktor Ihr Sonnenschutzmittel im vergangenen Jahr hatte und und und.....

Befreiungsbescheid/ Sammelbelege:

Sie benötigen für die Zuzahlungsbefreiung eine Aufstellung für Ihre Krankenkasse? Kein Problem, wir drucken Ihnen gerne die Werte aus. Auch eine Bescheinigung für das Finanzamt oder Ihre Ausgabenkontrolle können Sie gerne erhalten.

Unsere Beratung und Betreuung wird durch Ihre persönliche Gesundheitskarte optimiert.

SONNEN APOTHEKE & DROGERIE

Gila Aufhammer-Ochmann Königsberger Str.75 63512 Hainburg

Telefon:06182 5284 Fax:06182 65 1 63 Info@sonnenapotheke.tv

Antrag auf Ausstellung meiner persönlichen Gesundheitskarte

Name:_____ Geburtsdatum:_____

Vorname:_____ Straße:_____

PLZ+Wohnort:_____ Versicherungs-Nr.:_____

Krankenkasse:_____ Krankenkassen Nr.:_____

Hausarzt:_____ Erkrankungen:_____

Telefon:_____ Mobiltelefon:_____

E-Mailadresse:_____ Mitglied in der Mathildenkasse: ja nein

Damit wir Ihnen unser umfangreiches Serviceangebot zur Verfügung stellen können, benötigen wir von Ihnen diese persönlichen Angaben. Arzneimittel-Bezeichnungen und sonstige Produkte, die Sie bei uns kaufen, speichern wir. Damit können wir Sie sehr gut beraten.

Wir versichern Ihnen, dass diese Daten ausschließlich innerhalb unserer Apotheke und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung genutzt werden.

Ein Wiederruf dieser Einwilligung ist jederzeit möglich.

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden.

Ort/Datum_____ Unterschrift:_____

Um lückenlos Ihre Daten, für eine optimale Beratung, erfassen zu können, legen Sie die Karte vor oder machen Sie bitte darauf aufmerksam, dass Sie eine Gesundheitskarte bei uns haben.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Ihre Gesundheit ist unser Ziel.