

## IHRE VORTEILE:

### 3% Rabatt

Mit der Kundenkarte erhalten Sie 3 % Rabatt auf alle nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel und Waren.

### Prüfung auf Verträglichkeit, höhere Sicherheit

Mit Hilfe der Kundenkarte können wir Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten Ihrer Arzneimittel ermitteln.

### Wir wissen stets, ob Sie befreit sind

Sie müssen nur einmal im Jahr Ihren Befreiungsbescheid erfassen zu lassen und wir wissen stets ab wann Sie zuzahlungsbefreit sind.

### Kostenlose Jahresabrechnung

Sie erhalten von uns eine kostenlose Jahresabrechnung für Ihre Krankenkasse und das Finanzamt.



Also einfach ausfüllen und abgeben!

Vorname		Name	
Straße/ Nr.			
PLZ/Ort			
Geb.-Datum	Telefon	Fax/ Email	
Krankenkasse		Versicherungsnummer	
Zuzahlungsbefreiung	<input type="radio"/> ja <sup>1</sup> <input type="radio"/> nein	Hausapothekenpatient	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Jahresquittung erwünscht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden	
Kundennummer (bitte nicht ausfüllen)		_____ x _____	_____
		Ort/Datum	Unterschrift

<sup>1</sup> Bitte Befreiungsbescheid beifügen

**pro-samed apotheke**  
 Tel.: 030/ 45 30 62 420  
 Fax: 030/ 45 30 62 429  
 info@pro-samed-apotheke.de  
**Öffnungszeiten:**  
 Mo-Fr: 8.00-19.00 Uhr  
 Sa: 8.00-14.00 Uhr  
 Greifswalderstraße 154-156, 10409 Berlin

**pro-samed sanitätshaus**  
 Tel.: 030/ 45 30 62 250  
 Fax: 030/ 45 30 62 259  
 info@pro-samed-sanitaetshaus.de  
**Öffnungszeiten:**  
 Mo-Fr: 8.00-18.30 Uhr  
 Sa: 8.00-14.00 Uhr



**Mehr für die Gesundheit.**

## Einwilligungserklärung

### Speicherung von personen-, gesundheits-, arzneimittel- und hilfsmittelbezogenen Daten

Ich bin darüber informiert worden, dass die pro-samed Apotheke und das pro-samed Sanitätshaus Leistungen anbieten, die die Erkennung und Lösung arzneimittel- und gesundheitsbezogener Probleme beinhaltet. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren, Therapien durch geeignete Hilfsmittel zu unterstützen und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck werden die Apotheke und das Sanitätshaus Daten und Angaben zu meiner Person, meiner Medikation sowie verordneter Verband- und Hilfsmittel (einschl. Reha- und Medizintechnikprodukte) erfassen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten, über Veranstaltungen zu informieren und bei der Arzneimittelanwendung sowie der Hilfsmittelanwendung zu unterstützen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten, die dafür notwendig sind und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Da die Inhaber sowie deren Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener sowie hilfsmittelspezifischer Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass die Inhaber oder einer der Mitarbeiter mit diesem Kontakt aufnehmen.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden, welche ggf. gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der pro-samed Apotheke bzw. dem pro-samed Sanitätshaus gelöscht.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

.....  
*Ort, Datum, Unterschrift*

---

### Nur auszufüllen bei einem gesetzlichen Vertreter:

.....  
*Name*

.....  
*Vorname*

.....  
*Straße/ Nr.*

.....  
*PLZ/ Ort*

.....  
*Telefonnummer*

.....  
*Ort, Datum, Unterschrift*