

## Gesundheitsangaben zur Person\*

Die folgenden Daten sind freiwillig und helfen uns, Ihre Arzneimittel auf mögliche Wechselwirkungen und/oder Unverträglichkeiten zu prüfen. Diese Angaben sind für den Erhalt der Service Card nicht erforderlich.

## Bestehen Allergien oder andere Unverträglichkeiten?

nein  ja

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## Unter welchen gesundheitlichen Einschränkungen leiden Sie?

Asthma  Gelenkschmerz  
 Herz & Kreislauf  Migräne  
 Osteoporose  Diabetes  
 Schilddrüsenerkrankungen  Magen-Darmerkrankung  
 Andere: \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

Ich bin mit der Erhebung, Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsangaben zu dem ausschließlichen Zweck der Vermeidung von Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten einverstanden. Alle angegebenen Daten werden von der Rosen Apotheke (verantwortliche Stelle im Sinne des § 3 Abs. 7 BDSG) gespeichert und ausschließlich für die oben genannten Zwecke genutzt.

Eine Weitergabe an Dritte erfolgt ausdrücklich nicht. Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit schriftlich gegenüber der Rosen Apotheke, Rosenstraße 6, 80331 München, unbeschadet meiner Rechte auf Benachrichtigung, Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, widerrufen. Die Daten werden bis zu meinem Widerruf gespeichert, jedoch in keinem Fall länger als es für die Nutzung der Service Card erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## IHRE SERVICE CARD

Mit Ihrer **persönlichen** Service Card erhalten Sie umfassende Serviceleistungen.

- Wechselwirkungsabgleich bei Ihren Arzneimitteln
- Erstellung von Sammelquittungen
- Anpassung unserer Arzneimittelvorräte an Ihre Bedürfnisse
- Hinterlegung Ihres Befreiungsausweises
- Erinnerung an **komplizierte** Arzneimittel-Namen
- Einladung zu speziellen Kundenveranstaltungen
- **3% Rabatt** auf das gesamte Freiwahl-Sortiment

## KOMFORTABEL SO EINFACH GEHTS

Füllen Sie einfach den umseitigen Kartenantrag aus und geben Sie diesen bei Ihrem nächsten Apothekenbesuch bei uns ab. Oder sprechen Sie uns doch einfach auf die Service Card an. Wir beantworten Ihnen gerne alle weiteren Fragen.



# ROSEN APOTHEKE

Gesundheit erleben – seit 1728

# SERVICE CARD



Rosen Apotheke  
Rosenstraße 6  
80331 München

Tel. +49 (089) 23 00 27 00  
Fax +49 (089) 23 00 27 27  
info@rosenapotheke.com  
www.rosenapotheke.com

Rosen Apotheke  
Rosenstraße 6  
80331 München

Tel. +49 (089) 23 00 27 00  
Fax +49 (089) 23 00 27 27  
info@rosenapotheke.com  
www.rosenapotheke.com

## UNSER SERVICE FÜR SIE!

## AUF EINEN BLICK DIE VORTEILE IHRER SERVICE CARD



### gehen Sie auf Nummer sicher **Risikoüberprüfung**

Als Servicekarten Besitzer/-in können Sie sofort einen Wechselwirkungs- bzw. Unverträglichkeitscheck durchführen lassen. Gegebenenfalls halten wir Rücksprache mit Ihren Ärzten und sorgen so für maximale Sicherheit bei Ihrer Medikation.

### echt bequem **Sammelquittungen**

Ihre Servicekarte ermöglicht Ihnen eine automatische Erstellung von Sammelquittungen über Arzneimittelzuzahlungen am Jahresende. Sie ersparen sich das Sammeln der Kassenbelege.

### immer für Sie da **Vorrätigkeit**

Als Servicekarten Kunde garantieren wir Ihnen, dass Ihre Medikamente in der Rosen Apotheke stets vorrätig sind. Sollte doch einmal Ihr gewünschtes Produkt nicht vorrätig sein, liefern wir Ihnen dieses **frei Haus**.

### befreiend einfach **Befreiungsausweis**

Einmal vorgezeigt und gespeichert, entfällt für Sie das lästige Vorzeigen des Ausweises.

### echt schlau **Alle Ihre Arzneimittel-Namen**

Durch Hinterlegung in unserem Computersystem sind Ihre Medikamente und Produkte jederzeit für Sie abrufbar.

### individuell **Informationsservice**

Als Servicekartenbesitzer/-in bestimmen Sie, zu welchen Themen Sie nähere Informationen erhalten wollen.

### sagenhaft **3% Rabatt**

Sie erhalten auf das gesamte Freiwahl-Sortiment einen Nachlass von 3 Prozent. Ausgenommen hiervon sind nur die Aktionsangebote.

### streng vertraulich **Datenschutz**

Wir verpflichten uns, Ihre Daten streng vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzuleiten. Wenn Sie wünschen, können Ihre kompletten Daten zu jedem beliebigen Zeitpunkt sofort gelöscht werden. Änderungen im Leistungsumfang vorbehalten.

### Antrag Service Card

Hiermit beantrage ich die Service Card der Rosen Apotheke mit den nebenstehend beschriebenen Service-Leistungen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich volljährig bin. Daten, die mit einem \* gekennzeichnet sind, sind für den Erhalt der Service Card nicht erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail\*

Weitere Angaben\*

Die folgenden Daten sind freiwillig und dienen der Verbesserung Ihrer Beratung sowie der Übermittlung bzw. Zusendung von Informationen und Werbematerial per Post, E-Mail und Telefon. Mit der nachstehenden Unterschrift willigen Sie in die Erhebung, Speicherung und Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten zu den vorstehend bezeichneten Zwecken und in den Erhalt solcher Informationen ein. Diese nachstehenden Angaben sind für den Erhalt der Service Card nicht erforderlich.



Mein Geburtsdatum\* \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Meine Krankenkasse

Über folgende Themenbereiche möchte ich regelmäßig informiert werden\*:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma               | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerz               |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall          | <input type="checkbox"/> Herz & Kreislauf            |
| <input type="checkbox"/> Migräne              | <input type="checkbox"/> Osteoporose                 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen    |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Homöopathie/Schüssler Salze |
| <input type="checkbox"/> Kosmetik             | <input type="checkbox"/> Ernährung                   |
| <input type="checkbox"/> Ayurveda             | <input type="checkbox"/> Sonstige _____              |



\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

# www.rosenapotheke.com