

# Ihre Kundenkarte



Apothekerin Kathleen Nitzschke

Weinhold - Arkade 4  
04442 Zwenkau  
Tel.: 034203/54400  
Fax: 034203/54401  
[www.Marktapotheke-Zwenkau.de](http://www.Marktapotheke-Zwenkau.de)

**MARKT**  
**APOTHEKE**

Ich wünsche eine intensive pharmazeutische Betreuung, d.h. unter Berücksichtigung bekannter Grunderkrankungen und Allergien.

Ja  Nein

Falls ja, Erkrankungen und Allergien bitte angeben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin Raucher.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung!

Das Team der Markt-Apotheke

**Ja!** Ich möchte meine persönliche Kundenkarte mit Ihren Service-Leistungen gerne nutzen.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefon / Fax\*: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_

Krankenkassennummer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Befreit\*:  Nein  Ja, bis \_\_\_\_\_

Ich erkläre entsprechend § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) mein Einverständnis, dass meine persönlichen Adress- und Arzneimitteldaten zum Zwecke der Arzneimittelberatung und Kundenpflege von meiner Apotheke gespeichert und verarbeitet werden. Ich habe das Recht, jederzeit über die gespeicherten Daten Auskunft zu bekommen und/oder diese löschen zu lassen. Eine Weiterleitung an Dritte untersagt ich.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Angaben mit \* sind freiwillig und nicht für die Kundenkarte erforderlich!