

# Ihr persönliches Kundenkonto. Da ist viel für Sie drin.

## Alle Vorteile auf einen Blick:

- **Rabatt auf Ihren nächsten Einkauf**  
Sie erhalten bei uns vor Ort 5 % Rabatt auf alle nicht verschreibungspflichtigen Artikel. Sonderangebote sind von der Rabattierung ausgeschlossen.
- **Mehr Sicherheit durch gezielte Beratung**  
Dadurch, dass wir auf Ihrem Kundenkonto alle Arzneimittel speichern, die Sie bei uns beziehen, können wir prüfen, ob es im Rahmen Ihrer Medikation Unverträglichkeiten oder Wechselwirkungen gibt. Dies ist besonders sinnvoll, wenn Sie viele Medikamente einnehmen. Mithilfe Ihrer Angaben können wir auch auf Allergien und Intoleranzen reagieren.
- **Sammelbelege**  
Die Erfassung Ihrer Medikationsdaten ermöglicht eine komplette und aktuelle Übersicht Ihrer Einkäufe. Auf Wunsch erhalten Sie eine Jahresliste mit den Arzneimitteln und geleisteten Zuzahlungen zum Nachweis gegenüber der Krankenkasse und dem Finanzamt.
- **Befreiungsbescheid**  
Falls Sie von den Zuzahlungen der Rezeptgebühr befreit sind, wird dies bei uns im System vermerkt. Es reicht daher aus, wenn Sie uns den Befreiungsbescheid einmal jährlich vorlegen.
- **Ergänzende Informationen**  
Wir informieren Sie über besondere Aktionen und Veranstaltungen unserer Apotheke und halten die ein oder andere Überraschung für Sie bereit.

Stand 05/26

 **aesculap**  
APOTHEKE



Jetzt  
alle Vorteile  
nutzen!



 **aesculap**  
APOTHEKE

Offenbacher Straße 45  
63165 Mühlheim am Main  
Mo. – Fr. 08:00 – 18:30 Uhr  
Samstag 08:00 – 13:00 Uhr

Telefon: 06108 71004  
Fax: 06108 7952222  
E-Mail: [info@ihre-aesculap.de](mailto:info@ihre-aesculap.de)  
[www.ihre-aesculap.de](http://www.ihre-aesculap.de)

## Ihr persönliches Kundenkonto

# Ja, ich möchte ein kostenloses Kundenkonto eröffnen.

\* Pflichtangabe \*\* Freiwillige Angabe (nützlich, aber optional)

Nachname, Vorname \*

Straße, Nr. \*

PLZ, Ort \*

Telefon \*\*

E-Mail \*\*

Geburtsdatum \*\*

Krankenkasse \*\*

nein  ja bis:

Zuzahlungsbefreiung \*\*

Erkrankungen, Allergien, Intoleranzen – soweit bekannt \*\*

Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher, arzneimittelbezogener Probleme notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker/meine Apothekerin mit diesem Kontakt aufnimmt.

Hiermit erteile ich die Erlaubnis, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt im Bedarfsfall ein von ihr/ihm ausgestellt Rezept direkt an die hier genannte Apotheke weitergeben darf.

## Einwilligungserklärung

Nachweis zur Einwilligung der Aufnahme personenbezogener Daten gemäß DSGVO Art. 7/BDSG Neu § 51.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten Daten durch die hier genannte Apotheke. Diese Einwilligung bezieht sich auch auf alle Daten zur Medikation, zu Arzneimitteln, zu Produkten und zu Dienstleistungen, die ich erhalte bzw. erwerbe.

Ich bin mit der Zusendung von Informationen, Einladungen oder Grüßen zu Geburts- und Feiertagen per Post, E-Mail, Fax oder Telefon sowie mit der Lieferung von Arzneimitteln, apothekenpflichtigen Medizinprodukten und apothekenüblicher Ware durch den Botendienst der Apotheke einverstanden.

Der von der Apotheke bestellte Datenschutzbeauftragte wirkt auf die Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) hin. Insbesondere Daten, die meine Gesundheit betreffen, unterliegen strengster Geheimhaltung.

Ich bin damit einverstanden, dass unten genannte Familienangehörige, Nachbarn, Kollegen oder mich pflegende Personen für mich bestimmte Waren in der Apotheke abholen bzw. bei Belieferung im Rahmen des Botendienstes diese für mich annehmen dürfen. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass Belege meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation) an unten aufgeführte Familienangehörige, Nachbarn, Kollegen oder mich pflegende Personen ausgehändigt werden.

---

Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

---

## Datum/Unterschrift

(falls unter 16 Jahre zusätzlich Name und Unterschrift des Erziehungsberechtigten)