

Ich beantrage die **KUNDENKARTE**  
mit dem Service der **Hirsch-Apotheke**  
und dem Service der **Apotheke nach Maaß**.

Anrede:  Herr  Frau

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

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zahlungsbefreiung:  Nein  Ja, bis: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

bekannte Arznei- oder  
Lebensmittelallergien: \_\_\_\_\_

### Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung für die Kundendatei und zur Datenweitergabe

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Speicherung meiner Daten im Rahmen einer Kundendatei.

Diese Einwilligung bezieht sich neben meinen Kontaktdaten auch auf alle Gesundheitsdaten, insbesondere zur Medikation oder Arzneimitteln und Produkten, die ich erhalte bzw. erwerbe oder die im Rahmen einer ordnungsgemäßen Arznei- und Heilmittelversorgung erforderlich sind.

Bitte auf der Rückseite weiterlesen

Stand: 3/2025



**HIRSCH-APOTHEKE**  
Inhaberin: Ariane Maaß  
Melanchthonstr. 74  
75015 Bretten

Telefon: **07252 - 2228**  
Mail: [post@hirsch-apotheke-bretten.de](mailto:post@hirsch-apotheke-bretten.de)  
Web: [www.hirsch-apotheke-bretten.de](http://www.hirsch-apotheke-bretten.de)

#### ÖFFNUNGSZEITEN

Montag - Freitag: 8:00 - 13:00 Uhr und 14:00 - 19:00 Uhr  
Samstag: geschlossen



**APOTHEKE NACH MAAß**  
Inhaberin: Ariane Maaß  
Sporgasse 7  
75015 Bretten

Telefon: **07252 - 53 66 888**  
Mail: [post@apotheke-nach-maass.de](mailto:post@apotheke-nach-maass.de)  
Web: [www.apotheke-nach-maass.de](http://www.apotheke-nach-maass.de)

#### ÖFFNUNGSZEITEN

Montag - Freitag: 8:00 - 19:00 Uhr  
Samstag: 8:00 - 13:00 Uhr



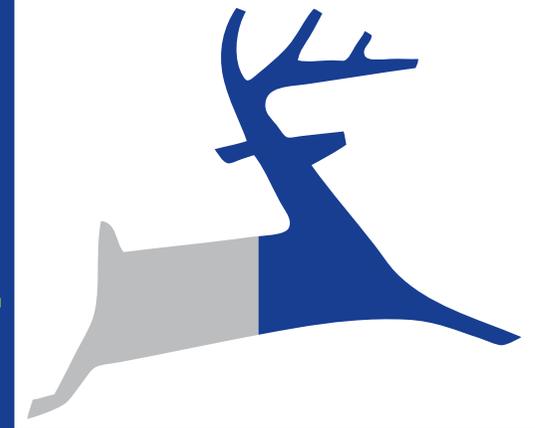
Besuchen Sie uns auch auf FACEBOOK unter  
▶ **Hirsch-Apotheke Bretten** und  
▶ **Apothekenachmaß**



Und kommen Sie auf INSTAGRAM unter  
▶ **hirschapotheke\_bretten** und  
▶ **apothekenachmaass**

Stand: 3/2025

BRETTE  
Melanchthonstr. 74



**HIRSCH APOTHEKE**

Nutzen Sie die Vorteile der  
**KUNDENKARTE**

**UNSER SERVICE**  
rund um Ihre Gesundheit

Apotheke  
nach  
**Maaß**



BRETTE  
Sporgasse 7

Um Sie in Zukunft noch besser betreuen zu können, möchten wir Ihnen unsere Kundenkarte vorstellen.

## Das bietet Ihnen unsere KUNDENKARTE :

### ● Optimale Sicherheit und Verträglichkeit Ihrer Arzneimittel

Wir prüfen Ihre Arzneimittel auf Wechselwirkungen.

### ● Kontinuität

Wir wissen, welches Hustenmittel Ihnen im letzten Winter geholfen hat - oder welchen Lichtschutzfaktor Ihr Sonnenschutzmittel hatte. Wir wissen, ob Sie „befreit“ sind oder nicht. Bei uns brauchen Sie Ihren Befreiungsbescheid nur einmal im Jahr mitzubringen.

### ● Auflistung Ihrer Zuzahlungen

Wir erfassen Ihre Rezeptzuzahlungen. Am Jahresende erhalten Sie von uns eine Auflistung Ihrer Zuzahlungen als Nachweis für die Krankenkasse. Hier können Sie unter Umständen Geld sparen. Bei geringem Einkommen gibt es Härtefallregelungen zur Befreiung von Rezeptzuzahlungen.

### ● Jahresabrechnung für das Finanzamt

Am Jahresende erhalten Sie von uns eine Aufstellung sämtlicher Aufwendungen zum Nachweis außergewöhnlicher Belastungen beim Finanzamt. Das Sammeln und Aufbewahren von Einzelbelegen und Quittungsheften entfällt.

### ● Monatsrechnung auf Wunsch

Wenn Sie möchten, erstellen wir Ihnen eine Rechnung am Monatsende oder Sie nehmen das Bankeinzugsverfahren in Anspruch.

### ● Preisnachlass

Sie erhalten 3% Rabatt auf alle nicht apothekenpflichtigen Artikel.

## Unser SERVICE :



### BERATUNG

- Allopathische Arzneimittelberatung
- Beratung in sämtlichen komplementären Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, Anthroposophie, Schüssler Salze, Bachblüten u.v.m.)
- Kosmetikberatung
- Erstellung von individuellen Reiseimpfplänen
- Messung von Blutdruck, Blutzucker und Gesamtcholesterin, sowie Bestimmung des Body Mass Index und Körperfettmessung
- Bestellung von ausländischen Medikamenten
- Optimale und individuelle Betreuung mithilfe unserer Kundenkarte

### HILFSMITTEL

- Breites Hilfsmittel-Angebot für häusliche Alten- und Krankenpflege
- Verleih von Babywaagen und Milchpumpen
- Für Selbstzahler: Anmessen u. Verkauf von Kompressionsstrümpfen

### AKTIVITÄTEN

- Im Rahmen von „Leichter Leben in Deutschland“ sind Einzeltermine für Ernährungs- und Diätberatung möglich
- Heilpflanzenberatung
- pharmazeutische Dienstleistungen:
  - Buthochdruck
  - Inhalativa
  - Polymedikation
  - Orale Krebstherapie
  - Organtransplantation
  - Ihre persönliche Medikationsanalyse

### ORGANISATIONEN

- Offizieller Förderer des Deutschen Diabetikerbundes
- Mitglied bei der Deutschen Zöliakie-Gesellschaft e.V. Dadurch haben wir stets aktuelle Kenntnisse über glutenfreie Medikamente und Lebensmittel.

### SONSTIGES

- Arzneimittelzustelldienst: Wir bringen Ihnen Ihre Arzneimittel nach Hause!
- Wir haben für Sie kostenfreie Kundenparkplätze.

Fortsetzung:

### Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung für die Kundendatei und zur Datenweitergabe



Eine Weitergabe der Kundendaten an Dritte findet nicht statt, sofern dem keine gesetzlichen Vorschriften entgegenstehen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten 3 Jahre nach dem letzten Kundenkontakt von der Apotheke gelöscht. Darüber hinaus willige ich ein, dass Auskünfte von dem rezeptierenden Arzt zur korrekten Medikation oder vergleichbare erforderliche Informationen im Rahmen der Medikationsberatung eingeholt werden dürfen.

Das Informationsblatt „Patienten- und Kundeninformation zum Datenschutz“ habe ich zu Kenntnis genommen und ist einsehbar auf der Website der Hirsch-Apotheke Bretten.

Ich bin damit einverstanden, dass mir die Apotheke Gutscheine und Grußkarten zu besonderen Anlässen zuschickt oder mich über sonstige Angebote und Aktionen informiert.

Im Weiteren willige ich ein, dass Informationen an nachfolgende Personen, nach deren Identitätsfeststellung, weitergegeben werden dürfen.  
(Vor- und Nachname und Geburtsdatum)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass diese Einwilligungen von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden können.

Datum: \_\_\_\_\_

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

BITTE AN DER GEPUNKTETEN LINIE ABTRENNEN.

Unsere Kundenkarte ist für Sie kostenlos.