

# Nutzen Sie Ihre Vorteile mit der LeoCard!

— Ihre persönliche Kundenkarte ermöglicht uns, Ihre Medikamente auf unerwünschte Wechselwirkungen zu überprüfen. Sollten wir dabei Probleme erkennen, informieren wir Sie sofort darüber und sprechen mit Ihrem Arzt.

— Sind Sie von Zuzahlungen befreit, speichern wir diese Angaben über Ihre LeoCard. Ihren Befreiungsnachweis müssen Sie dann nicht jedes Mal erneut vorlegen.

— Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch eine Sammelquittung über die von Ihnen geleisteten Zuzahlungen aus. Diesen Beleg benötigen Sie zur Beantragung einer Kostenerstattung bei Ihrer Krankenkasse oder zur Vorlage beim Finanzamt.

— Bei Einkäufen aus unserem Selbstbedienungssortiment erhalten Sie 3% Rabatt.



APOTHEKE  
ZUM LÖWEN

Einfach den Antrag auf der Rückseite ausfüllen und bei uns abgeben.



# Ja, ich möchte die Vorteile der LeoCard nutzen!

Frau    Herr    keine Angabe

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

Postleitzahl, Ort

---

Geburtstag

---

Telefon

---

E-Mail

---

Krankenkasse

---

Hausärztin / Hausarzt

Ja, ich bin von Zu-  
zahlungen befreit. Bis: \_\_\_\_\_

---

Grunderkrankung(en)

---

Allergie(n)

---

**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 bereits hinterlegten Daten. Diese Einwilligung bezieht sich auch auf alle Daten zu Medikation, zu Arzneimitteln, zu Produkten und zu Dienstleistungen, die ich hier erhalte bzw. erwerbe. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke mit diesem Kontakt aufnimmt.

Hiermit erteile ich die Erlaubnis, dass mein behandelnder Arzt im Bedarfsfall ein von ihm ausgestelltes Rezept direkt an die Apotheke weitergeben darf.

Ich bin mit der Zusendung von Informationen, Einladungen od. Grüßen zu Geburts- u. Feiertagen per Post, E-Mail, Fax oder Telefon einverstanden\*. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der o.g. 'Dienstleistungen meine Adressdaten ggf. an externe Dienstleister weitergegeben werden. Im Falle eines Inhaberwechsels der Apotheke erteile ich hiermit die Erlaubnis, dass meine persönlichen Daten weitergenutzt werden dürfen.

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

---

Datum, Unterschrift