

# Die Karte für Ihre Gesundheit

Mit der  
**Gesundheitskarte**  
der  
**Burg-Apotheke**

stehen Sie im Mittelpunkt unserer  
Beratungs- und Serviceleistungen !

## Burg-Apotheke



Dr. Stephan Jacobi

Kaiserstr. 1 • 53773 Hennef

Telefon: 02242-3211 • Telefax: 02242-83116

Web: [www.die-burg-apotheke.de](http://www.die-burg-apotheke.de)

**Kompetenz in Sachen Gesundheit**

..... weil Ihre Gesundheit uns wichtig ist !

### Interaktionscheck

EDV-gestützt prüfen wir ständig, ob sich Ihre Arzneimittel untereinander vertragen.

### Zuzahlungsbefreiungen

Sie legen Ihren Befreiungsbescheid nur einmal vor, danach kennen wir Ihren Zuzahlungsstatus und informieren Sie über eine anstehende Verlängerung.

### Auflistung Ihrer Zuzahlungen

Wir erfassen Ihre Rezeptzuzahlungen und sonstige Aufwendungen und erstellen Ihnen eine Auflistung für die Krankenkasse oder das Finanzamt.

**Das lästige Sammeln von Einzelbelegen und Quittungen entfällt !**

### Rabatt

Mit unserer Gesundheitskarte erhalten Sie 3 % Sofortrabatt auf unser gesamtes Sortiment. Ausnahme: Rezeptgebühren und verschreibungspflichtige Arzneimittel

### Kontinuität – Wir erinnern uns für Sie !

Wir wissen, welches Hustenmittel Ihnen letzten Winter geholfen hat oder welchen Lichtschutzfaktor Ihr Sonnenmittel hatte.

### Risiken und Nebenwirkungen

Falls wir von Arzneimittelherstellern oder aus der Fachpresse Informationen zu Ihren Medikamenten erhalten, werden Sie von uns gezielt unterrichtet.

**Ja, ich möchte mit der Gesundheitskarte das Service-Angebot und die Beratungsleistungen der **Burg-Apotheke** nutzen.**  
**Durch die Gesundheitskarte entstehen mir keine Kosten.**

Zu diesem Zweck bin ich mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten und Angaben zu Arzneimitteln und anderen Produkten einverstanden. Die Angaben sind streng vertraulich und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Die Löschung meiner Daten kann jederzeit von mir verlangt werden.

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Straße

.....  
PLZ / Ort

.....  
Telefon/Handy

.....  
Hausarzt

.....  
Krankenkasse

.....  
Email-Adresse

Zuzahlungsbefreiung

nein

ja  bis .....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift