

... und so einfach geht's

Einfach das Antragsformular ausfüllen und bei uns abgeben.

Bei jedem Einkauf in der Kreuz-Apotheke legen Sie Ihre Gesundheitskarte bitte vor oder weisen uns darauf hin, dass Ihre Einkäufe unter Ihrem Namen abgespeichert werden sollen. Dies ist erforderlich, damit wir alle benötigten Daten richtig für Sie erfassen.

Qualität ist uns wichtig!

Unser Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001 ist vom TÜV NORD CERT zertifiziert.



Mitglied der Apothekerkammer Schleswig-Holstein
Mitglied im Apothekerverband Schleswig-Holstein e.V.
Mitglied im Bundesverband der klinik – und heimversorgenden Apotheker e.V

Wir sind für Sie da:
Mo—Fr von 8:00 bis 18:30 und Sa von 9:00 bis 13:00 Uhr



Kreuz-Apotheke
Inh. Ulrike Spey e.K.
Taruper Hauptstr. 55
24943 Flensburg

Telefon 04 61-90 91 675
Fax 04 61-90 91 676

eMail kontakt@kreuz-apotheke.sh
Web www.kreuz-apotheke.sh



Bitte Karte bei jedem Besuch vorlegen.

Ihre persönliche Gesundheitskarte

eine gute Idee.

Wir sind für Sie da:
Mo—Fr von 8:00 bis 18:30 und Sa von 9:00 bis 13:00 Uhr

... und das sind Ihre Vorteile

▼ Arzneimittelsicherheit

Aufgrund der gespeicherten Daten können wir Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten zwischen den Ihnen verordneten Medikamenten feststellen. Nicht nur bei ärztlichen Verordnungen, sondern auch bei der Selbstmedikation.

▼ Warnung vor Arzneimittelrisiken

Als Inhaber der Gesundheitskarte können wir Sie beim Bekanntwerden von Arzneimittelrisiken oder Rückrufen schnell und gezielt informieren.

▼ 3% Rabatt auf Selbstbedienungsartikel

Wenn Sie beim Kauf von Selbstbedienungsartikeln (z.B. Kosmetik, Zahn- und Körperpflegemitteln, Bonbons) die Ihre Gesundheitskarte hinweisen, erhalten Sie einen Sofortrabatt von 3%, selbstverständlich unabhängig vom Einkaufswert.

▼ Versorgungsqualität

Wir merken uns Ihre Einkäufe und können Sie so mit den bewährten Wirkstoffen versorgen. Gern legen wir uns Ihre wiederkehrenden Einkäufe aufs Lager, damit wir Sie schnellstmöglich versorgen können.

▼ Befreiung von den Zuzahlungen für Arznei – und Hilfsmittel

Sie zeigen uns Ihren Befreiungsausweis nur einmal vor. Beim Einlösen eines Rezeptes wird Ihre Befreiung automatisch berücksichtigt und Sie zahlen keine Zuzahlungen mehr. Wir erinnern Sie auch an das Auslaufen der Befreiung.

▼ Sammelquittungen

Auf Wunsch erstellen wir Ihnen am Jahresende kostenfrei eine Auflistung aller Arzneimittelkosten und Zuzahlungen zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse oder beim Finanzamt. Die Zettelwirtschaft erübrigt sich damit.

Allopathie | Heimversorgung | Arztpraxenversorgung |
Biochemie | Homöopathie | PAV - maschinelle Verblisterung |
Botendienst | Eigenherstellung von individuellen Arznei-
mitteln | Arzneimittelinformation | Reiseapotheke | Kosmetik
und vieles mehr ...



Antrag für meine persönliche Gesundheitskarte



Vorname Name

.....

Geburtsdatum

.....

Straße + Hausnummer

.....

PLZ + Ort

.....

Krankenkasse

.....

Telefonnummer (für Rückfragen)

eMail

.....

.....@.....

Einverständniserklärung nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz

Durch die Gesundheitskarte ist die automatisierte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in der Kreuz-Apotheke erforderlich. Ich bin darüber informiert, dass die Kreuz-Apotheke meine pharmazeutische Betreuung übernimmt. Zudem dient die Gesundheitskarte dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen. Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten in der Kreuz-Apotheke gespeichert werden. Die Apotheke ist nicht berechtigt, meine personenbezogenen Daten an unbefugte Dritte weiterzugeben. Ich bin, falls notwendig, mit einer Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten und Therapeuten durch die Kreuz-Apotheke einverstanden. Mir ist bekannt, dass meine Angaben freiwillig erfolgen. Ich bin jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung, Sperrung bzw. Löschung zu verlangen. Ich kann diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der Kreuz-Apotheke widerrufen. Bei Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine Daten unverzüglich zu löschen bzw. zu sperren.

Datum, Unterschrift:

... bitte ausfüllen,
unterzeichnen und bei uns
abgeben. Danke.