

Ihre Vorteile:



➔ Wir überprüfen auf Unverträglichkeiten

Wir erkennen Wechselwirkungen, d.h. Unverträglichkeiten von neu hinzugekommenen Medikamenten mit bereits verordneten Arzneien - selbst wenn Sie nicht mehr daran denken, daß Sie diese noch verwenden.

➔ Wir führen einen Allergiecheck durch

Wir merken uns, wenn bestimmte Stoffe bei Ihnen Allergien auslösen. Wenn Sie uns die Ihnen bekannten Allergene sagen, können wir jedesmal ihre verordneten Medikamente daraufhin überprüfen.

➔ Wir warnen Sie vor Risiken

Wir informieren Sie, falls von Herstellern oder der Fachpresse neue Risiken zu Ihrem Arzneimittel bekannt werden - gezielt und in kürzester Zeit.

➔ Wir geben Ihnen Kontinuität

Wir wissen, welcher Hustensaft Ihnen letzten Winter so gut geholfen hat, welchen Lichtschutzfaktor Ihr Sonnenmittel im letzten Urlaub hatte... Sie können sich darauf verlassen, dass Sie Ihr bewährtes Mittel immer wieder erhalten.

➔ Wir wissen, ob Sie befreit sind

Wir brauchen nur einmal Ihren Befreiungsbescheid - beim ersten Besuch. Von da an merken wir uns, dass Sie von der Zuzahlung befreit sind.

➔ Wir geben Ihnen die vollständige Jahresübersicht

Wir erstellen Ihnen gerne eine Übersicht mit allen Ihren Medikamenten und Zuzahlungen für eventuelle Erstattungen von Ihrer Krankenkasse oder Finanzamt.

➔ Wir belohnen Ihre Treue

Wir geben nur Ihnen - als treuen Stammkunden - zum Jahresende eine kleine Überraschung, wenn Sie Ihre vollständige Jahresübersicht abholen.

Ihre Gesundheits-Hotline

- ◆ 24 Stunden Erreichbarkeit
- ◆ 24 Stunden Arzneimittelbestellung
- ◆ Beratung zu Ihren Gesundheitsfragen
- ◆ an 365 Tagen

Rath's-Apotheke
HAMELN



Rath's-Apotheke
HAMELN



Osterstraße 51 31785 Hameln

Neu: Wir sind für Sie da - rund um die Uhr!

Karten-Antrag

Ja, bitte reservieren Sie mir meine
persönliche **GesundheitsCard!**



Alle Angaben sind streng vertraulich und dürfen nicht weitergegeben werden. Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Apotheke bin ich einverstanden. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass mich die Rath's-Apotheke zu Informationszwecken anrufen bzw. anschreiben kann.

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnr.: _____

Krankenkasse: _____ befreit: _____ bis: _____

Dauermedikation: _____

Datum, Unterschrift: _____