

**BEI UNS FINDEN SIE AUCH**  
CHINESISCHE HEILKRÄUTER & GRANULATE  
TCM STANDARDREZEPTUREN  
WESTLICHE HEILKRÄUTER, TINKTUREN & EXTRAKTE  
NATURHEILMITTEL AUS EIGENER HERSTELLUNG  
SPAGYRISCHE ESSENZEN NACH DR. ZIMPEL  
HOMÖOPATHIE IN KLEINSTMENGEN  
AROMATHERAPIE & NATURKOSMETIK  
MEDELA MILCHPUMPEN & ALLES RUND  
UM SCHWANGERSCHAFT UND STILLZEIT  
FACHLITERATUR & NATÜRLICH DAS GESAMTE  
SCHULMEDIZINISCHE SORTIMENT



Sie finden uns auch auf Instagram.



**ZIETEN APOTHEKE**

NATURHEILMITTEL & TRADITIONELLE CHINESISCHE MEDIZIN

WWW.ZIETENAPOTHEKE.DE

GROSSBEERENSTRASSE 11 · 10963 BERLIN-KREUZBERG · TEL 030-547 16 90  
GERICHTSTRASSE 31 · 13347 BERLIN-WEDDING · TEL 030-460 60 480



**ZIETEN APOTHEKE**

# Ihre Kundenkarte

**3%  
RABATT**

## **3% Treuerabatt**

3% Treuerabatt auf freiverkäufliche  
Ware und Kosmetikprodukte

## **Arzneimittelsicherheit**

Wir prüfen, ob Ihre Arzneien miteinander  
harmonieren oder ob es zu Unverträglichkeiten  
kommen kann.

## **Jahresaufstellung**

Auf Anfrage erstellen wir eine Jahresaufstellung  
Ihrer Einkäufe und Zuzahlungen. Sie brauchen  
für Krankenkasse und Finanzamt keine Einzelbelege  
aufheben und sortieren.

## **Befreiungsbescheid**

Besitzen Sie einen Befreiungsbescheid für die  
gesetzliche Zuzahlung, so müssen Sie diesen nur  
einmal vorlegen.

**Einwilligungserklärung zum Datenschutz nach DSGVO**

Zieten Apotheke, Herr Knut Möller e.K., Großbeerenstr. 11, 10963 Berlin und Gerichtstr. 31, 13347 Berlin (i.F. Apotheke genannt):

- Ich willige ein, dass die Apotheke meine personenbezogenen Daten für die pharmazeutische Betreuung erhebt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Aufgaben wie die Rezeptabwicklung, die Erfassung meiner Eigenleistungen zur Vorlage bei Krankenkasse oder Finanzamt sowie die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplanes gemäß SGB V zu erfüllen.
- Ich bin damit einverstanden, dass neben den personenbezogenen Stammdaten auch gesundheitsbezogene Daten, wie bspw. zu Medikation, Gesundheitszustand und Beratungsgesprächen gespeichert werden. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten zu Medikation oder vergleichbaren Informationen nötig ist, bin ich mit der Einholung von Auskünften einverstanden. Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte darf nicht ohne meine Zustimmung erfolgen, es sei denn übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (wie bspw. an Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, auftragsdatenverarbeitende Dienstleister).
- Ich bin damit einverstanden, dass meine zur pharmazeutischen Betreuung notwendigen Daten im Zugriff aller evtl. vorhandenen Filialen der Apotheke, sowie innerhalb der ggf. im Verbund angeschlossenen Apotheken sind und dort ebenso gespeichert werden. Ich wurde über die näheren Einzelheiten dazu ausdrücklich informiert. Sollte der Inhaber der Apotheke wechseln, so stimme ich einer Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber zu.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten sowie eine schriftliche Auskunft zu erhalten. Ich kann zudem jederzeit deren Berichtigung und Löschung fordern, sofern keine übergeordneten gesetzlichen Vorschriften die Datenspeicherung weiterhin erfordern.
- Ich erteile diese Einwilligung freiwillig und kann sie für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen. In diesem Fall verliert die Kundenkarte ihre Gültigkeit.

**Ja**, ich möchte die persönliche, kostenlose Kundenkarte der Zieten Apotheke nutzen und willige in deren Erstellung ein. Folgende personenbezogenen Daten werden erstmalig für die Kundenkarte erfasst:

---

Name \*

---

Vorname \*

---

Straße, Hausnummer \*

---

PLZ, Ort \*

---

Telefon\*

---

E-Mail\*

---

Geburtsdatum *Die mit einem \* versehenen Felder sind Pflichtfelder*

**Ich möchte die Karte in folgenden Filialen nutzen:**

Großbeerenstraße, Kreuzberg  Gerichtstraße, Wedding

Ja, ich bin damit einverstanden Informationen zu Gesundheitsthemen wie Produkten, Sonderaktionen, Vorträgen, sowie persönliche Nachrichten wie Geburtstagswünsche von meiner Apotheke zu erhalten.  schriftlich\* /  digital\* (\*Nichtzutreffendes streichen)

Nein, ich möchte keine weiteren Informationen und Nachrichten erhalten.

**Ich bin mit der Speicherung meiner Daten einverstanden:**

Die Daten werden nur für die Bearbeitung der Kundenkarte verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

**Nur für Hebammen und Heilpraktiker\*innen**

- Ich bin tätig als Hebamme/Heilpraktiker\*in
- Ich bin Hebamme/Heilpraktikerschüler\*in in Ausbildung
- Einen Nachweis werde ich nachreichen.

**Ein Exemplar der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.**


---

Datum, Ort, Unterschrift