

Tervetuloa
**KUOPION YLIOPISTON
APTEEKIN**
kanta-asiakkaaksi

**Palvelemme joka päivä
8-22**

Kuopion yliopiston apteekin toiminta-ajatus

Kuopion yliopiston apteekki tarjoaa korkeaan ammattiosaamiseen perustuvia apteekkipalveluja ja siten edistää terveyttä ja hyvinvointia.

Kuopion yliopiston apteekkiä kehitetään suunnannäyttäjäksi asiantuntijuuteen perustuvassa lääkehuollossa.

Kuopion yliopiston apteekin tavoite on olla oleellinen osa aukotonta terveydenhuollon hoitoketjua ja uudentyypisten apteekkipalvelujen edelläkävijä.

Kuopion yliopiston apteekilla on keskeinen tehtävä apteekkityön opetuksessa ja lääkehuoltoon liittyvässä tutkimuksessa.



**KUOPION YLIOPISTON
APTEEKKI**

www.kuopionyliopistonapteekki.fi

KUOPION YLIOPISTON APTEEKIN KANTA-ASIAKASEDUT

Kuopion yliopiston

apteekin kanta-asiakkaana

saatte asiantuntevaa,

nopeaa ja joustavaa

apteekkipalvelua.

Kanta-asiakkaana saatte keskittämisalennuksen ostoista. Alennus on asiakasnumerokohtainen ja kalenterivuoden aikana ostojen määrän mukaan portaittain kasvava. Kertymä nollaantuu vuoden vaihteessa. Samalle asiakasnumerolle voivat liittyä samassa taloudessa asuvat perheenjäsenet. Kanta-asiakaskertymä kertyy kaikista apteekin ostoksista (myös reseptilääkeostoksista). Ostokertymän ylittäessä alennustaulukossa esitetyt summat, kanta-asiakas saa kertymän oikeuttaman alennuksen automaattisesti seuraavista ostoista. Alennus annetaan ilman reseptiä saatavista lääkkeistä ja eläinlääkkeistä sekä normaalihintaisista kosmetiikka- ja luontaistuotteista ja muista vapaankaupan tuotteista.

Luvallanne kanta-asiakasrekisteriimme tallennetaan henkilötietojenne lisäksi myös tietoja lääkityksestänne ja terveydentilastanne. Asiakaskoh-
taiseen lääkekorttiin voidaan kerätä lääkehistoriaanne ja nykyisin käytössä olevat lääkkeenne, jolloin hoitavan lääkärin on helppo määrittellä teille sopivat lääkevalmisteet. Lääkekortti koskee vain Kuopion yliopiston apteekista hankittuja lääkkeitä.

ALENNUSTAULUKKO v. 2008

Kalenterivuoden ostokertymä	Alennus
yli 100 €	2 %
yli 1000 €	3 %
yli 2000 €	4 %
yli 3000 €	5 %

Kuopion yliopiston apteekin kanta-asiakasedut:

- ostojen keskittämisalennus
- kanta-asiakastarjoukset
- ilmainen reseptin uusiminen
- ostojen suoraveloituskäytännöllisyys
- lääkkeiden yhteisvaikutuksen tarkistus
- yksilöllinen ja asiantunteva palvelu
- ilmainen lääkeneuvonta puhelimitse
- lääkekustannusten seuranta (Kela-korvaukset)
- lääkekortti

(lisätietoja www.kuopionyliopistonapteekki.fi)



NÄIN LIITYT KANTA-ASIAKKAAKSI:

täytä oheinen lomake ja palauta se allekirjoitettuna apteekkiin. Liittyminen on ilmaista ja koko perhe voi liittyä samalla lomakkeella.

Voitte liittyä kanta-asiakkaaksemme täyttämällä oheisen lomakkeen. Kanta-asiakkaana saatte asiakasnumeroa kohti yhden ilmaisen Kuopion yliopiston apteekin asiakaskortin. Myös Kela-kortti toimii kanta-asiakaskorttina. Hankkiessanne sairausvakuutuslain mukaisesti korvattavia lääkkeitä tarvitsette myös Kela-kortin. Mikäli haluatte erota kanta-asiakkuudesta, antamanne tiedot poistetaan kanta-asiakasrekisteristä. Kanta-asiakasrekisteriin tallennettujen tietojen käsittely on ehdottoman luottamuksellista eikä tietoja luovuteta millekään ulkopuoliselle taholle.



KUOPION YLIOPISTON
APTEEKKI

Puijonkatu 23, puh. (017) 617 1100
Lääkeneuvonta kanta-asiakkaille puh. (017) 617 1111

**Aloittakaa
täyttämisen
tästä!**

LIITTYMISLOMAKE KANTA-ASIAKASTIEDOT

Täyttäkää alla olevat tiedot haluamiltanne kohdin. Tummennetulla merkityt kohdat ovat välttämättömiä tietojen tallentamisen ja oikeellisuuden takia. Osoitetietojen puuttuessa Teille ei voida lähettää asiakaspostia.

Henkilötunnus _____

Sukunimi _____

Etunimi _____

Lähiosoite _____

Postiosoite _____

Puhelin _____

Nämä tiedot mahdollistavat yksilöllisemmän lääkeneuvonnan

Huomioitavat sairaudet: _____

Käyttämäni itsehoitolääkitys: _____

Muu säännöllinen lääkitys: _____

Yliherkkyydet: _____

Hoitava lääkäri tai terveyskeskusalue:

Asiakasnumero _____

Erityiskorvattavien sairauksien numerot, kesto (apteekki täyttää)

Näitä tietoja käytetään laskettaessa sv-lain mukaiset korvaukset.

- KELA -tiedot (apteekki täyttää)
 Laskun tulostus esim. vakuutusyhtiötä varten
 Rinnakkaiskortti

Haluan asiakaspostia kyllä sähköpostiin ei
(vain yksi postitus/talous)

Sähköpostiosoite: _____

Päiväys ja allekirjoitus _____ / _____

Allekirjoittamalla hyväksyn

(allekirjoitus yli 18 v)

- Henkilötietojeni tallentamisen Kuopion yliopiston apteekin kanta-asiakasrekisteriin
 Ostojeni tallentamisen: mahdollisuus keskittämisalennukseen, kattokorvauseurantaan sekä ostoyhteenvetoihin.

Muistattehan ilmoittaa mahdolliset muutokset tiedoissanne. Huom!
Pidätämme oikeuden meistä riippumattomista syistä tapahtuviin sääntöjen muutoksiin.

SAMASSA TALOUDESSA ASUVA PERHEENJÄSEN

Täyttäkää alla olevat tiedot haluamiltanne kohdin. Tummennetulla merkityt kohdat ovat välttämättömiä tietojen tallentamisen ja oikeellisuuden takia. Osoitetietojen puuttuessa Teille ei voida lähettää asiakaspostia.

Henkilötunnus _____

Sukunimi _____

Etunimi _____

Lähiosoite _____

Postiosoite _____

Puhelin _____

Nämä tiedot mahdollistavat yksilöllisemmän lääkeneuvonnan

Huomioitavat sairaudet: _____

Käyttämäni itsehoitolääkitys: _____

Muu säännöllinen lääkitys: _____

Yliherkkyydet: _____

Hoitava lääkäri tai terveyskeskusalue:

Erityiskorvattavien sairauksien numerot, kesto (apteekki täyttää)

Näitä tietoja käytetään laskettaessa sv-lain mukaiset korvaukset.

- KELA -tiedot (apteekki täyttää)
 Laskun tulostus esim. vakuutusyhtiötä varten
 Rinnakkaiskortti

Haluan asiakaspostia kyllä sähköpostiin ei
(vain yksi postitus/talous)

Sähköpostiosoite: _____

Päiväys ja allekirjoitus _____ / _____

Allekirjoittamalla hyväksyn

(allekirjoitus yli 18 v)

- Henkilötietojeni tallentamisen Kuopion yliopiston apteekin kanta-asiakasrekisteriin
 Ostojeni tallentamisen: mahdollisuus keskittämisalennukseen, kattokorvauseurantaan sekä ostoyhteenvetoihin.

Muistattehan ilmoittaa mahdolliset muutokset tiedoissanne. Huom!
Pidätämme oikeuden meistä riippumattomista syistä tapahtuviin sääntöjen muutoksiin.

**Aloittakaa
täyttämisen
toiselta
puolelta!**

SAMASSA TALOUDESSA ASUVA
PERHEENJÄSEN

Täyttäkää alla olevat tiedot haluamiltanne kohdin. Tummennetulla merkityt kohdat ovat välttämättömiä tietojen tallentamisen ja oikeellisuuden takia. Osoitetietojen puuttuessa Teille ei voida lähettää asiakaspostia.

Henkilötunnus _____

Sukunimi _____

Etunimi _____

Lähiosoite _____

Postiosoite _____

Puhelin _____

Nämä tiedot mahdollistavat yksilöllisemmän lääkeneuvonnan

Huomioitavat sairaudet: _____

Käyttämäni itsehoitolääkitys: _____

Muu säännöllinen lääkitys: _____

Yliherkkyydet: _____

Hoitava lääkäri tai terveyskeskusalue:

Erityiskorvattavien sairauksien numerot, kesto (apteekki täyttää)

Näitä tietoja käytetään laskettaessa sv-lain mukaiset korvaukset.

- KELA -tiedot (apteekki täyttää)
 Laskun tulostus esim. vakuutusyhtiötä varten
 Rinnakkaiskortti

Haluan asiakaspostia kyllä sähköpostiin ei
(vain yksi postitus/talous)

Sähköpostiosoite: _____

Päiväys ja allekirjoitus _____ / _____

Allekirjoittamalla hyväksyn (allekirjoitus yli 18 v)

- Henkilötietojeni tallentamisen Kuopion yliopiston apteekin kanta-asiakasrekisteriin
 Ostojeni tallentamisen: mahdollisuus keskittämisalennukseen, kattokorvaus seurantaan sekä ostoyhteenvetoihin.

Muistatethan ilmoittaa mahdolliset muutokset tiedoissanne. Huom!
Pidätämme oikeuden meistä riippumattomista syistä tapahtuviin sääntöjen muutoksiin.

SAMASSA TALOUDESSA ASUVA
PERHEENJÄSEN

Täyttäkää alla olevat tiedot haluamiltanne kohdin. Tummennetulla merkityt kohdat ovat välttämättömiä tietojen tallentamisen ja oikeellisuuden takia. Osoitetietojen puuttuessa Teille ei voida lähettää asiakaspostia.

Henkilötunnus _____

Sukunimi _____

Etunimi _____

Lähiosoite _____

Postiosoite _____

Puhelin _____

Nämä tiedot mahdollistavat yksilöllisemmän lääkeneuvonnan

Huomioitavat sairaudet: _____

Käyttämäni itsehoitolääkitys: _____

Muu säännöllinen lääkitys: _____

Yliherkkyydet: _____

Hoitava lääkäri tai terveyskeskusalue:

Erityiskorvattavien sairauksien numerot, kesto (apteekki täyttää)

Näitä tietoja käytetään laskettaessa sv-lain mukaiset korvaukset.

- KELA -tiedot (apteekki täyttää)
 Laskun tulostus esim. vakuutusyhtiötä varten
 Rinnakkaiskortti

Haluan asiakaspostia kyllä sähköpostiin ei
(vain yksi postitus/talous)

Sähköpostiosoite: _____

Päiväys ja allekirjoitus _____ / _____

Allekirjoittamalla hyväksyn (allekirjoitus yli 18 v)

- Henkilötietojeni tallentamisen Kuopion yliopiston apteekin kanta-asiakasrekisteriin
 Ostojeni tallentamisen: mahdollisuus keskittämisalennukseen, kattokorvaus seurantaan sekä ostoyhteenvetoihin.

Muistatethan ilmoittaa mahdolliset muutokset tiedoissanne. Huom!
Pidätämme oikeuden meistä riippumattomista syistä tapahtuviin sääntöjen muutoksiin.