

ERWEITERTE MEDIKATIONSBERATUNG BEI POLYMEDIKATION

Kurzfassung der Vereinbarung zwischen Versicherter/tem und Apotheke über die Inanspruchnahme der Dienstleistung
(Stand: 01.06.2023)

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für die Versicherte/den Versicherten)

Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) “Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pDL wird zwischen der/dem Versicherten und der Apotheke eine Vereinbarung geschlossen. Der wesentliche Inhalt dieser Vereinbarung wird im Folgenden wiedergegeben (die Langfassung der Vereinbarung liegt zur Einsicht in der Apotheke aus). Vertragsparteien sind:

Apotheke

Name und Anschrift	Herzog Apotheke Zum Felsenberg 2 69151 Neckargemünd
Apothekeninhaberin	Monika Herzog

Versicherte/r

Name und Anschrift	
--------------------	--

Die Dienstleistung beinhaltet insbesondere die umfassende Erhebung der Gesamtmedikation sowie darauf aufbauend die pharmazeutische Risikoüberprüfung. Hierdurch sollen mögliche Probleme wie Doppelmedikationen, Interaktionen und Anwendungsprobleme erkannt werden. Bei Problemen werden zur Optimierung der Arzneimitteltherapie Vorschläge entwickelt. Diese werden ggf. mit der Ärztin/dem Arzt und mit der/dem Versicherten besprochen und Lösungen vereinbart. Die/der Versicherte erhält einen aktuellen und risikogeprüften Medikationsplan.

Die/der Versicherte befindet sich in ambulanter, häuslicher Versorgung und nimmt aktuell und voraussichtlich auch über die nächsten 28 Tage mindestens 5 Arzneimittel (verschiedene, ärztlich verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa) in der Dauermedikation ein bzw. wendet diese an. Die/der Versicherte willigt in die Erbringung der pDL ein und bindet sich zur Inanspruchnahme an die als Vertragspartner gewählte Apotheke. Die/der Versicherte sichert zu, die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle dazu erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere hinsichtlich der Medikation, der

ERWEITERTE MEDIKATIONSBERATUNG BEI POLYMEDIKATION

Kurzfassung der Vereinbarung zwischen Versicherter/tem und
Apotheke über die Inanspruchnahme der Dienstleistung
(Stand: 01.06.2023)

Erkrankungen sowie ggf. relevanter Laborwerte zum Beispiel aus aktuellen Arzt- und Entlassbriefen. Die Angaben der/des Versicherten und ihre/seine Bestätigung der Anspruchsvoraussetzungen, welche bei erstmaliger Erbringung durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung und bei wiederholter Erbringung anlässlich der Quittierung erfolgt, sind Grundlage der Erbringung der pDL durch die Apotheke.

Für Rücksprachen mit einer Ärztin/einem Arzt ebenso wie für die Übersendung des Ergebnisberichts an die hauptbehandelnde Ärztin/den hauptbehandelnden Arzt muss die Patientin/der Patient die Heilberuflerinnen/Heilberufler von der Schweigepflicht entbinden. Hierzu ist die anhängende Erklärung zu unterzeichnen.

Die/der Versicherte kann die Inanspruchnahme der pDL ohne Angabe von Gründen mit sofortiger Wirkung schriftlich (per Post, Telefax, E-Mail) kündigen. Bei einer Kündigung während der Erbringung der pDL kann diese grundsätzlich erst nach Ablauf von 12 Monaten nach Abbruch der Leistung bzw. bei erheblichen Umstellungen (definiert als mindestens 3 neue/andere systemisch wirkende Arzneimittel/Inhalativa innerhalb von 4 Wochen als Dauermedikation) erneut in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus besteht für beide Vertragsparteien das Recht zur außerordentlichen Kündigung. Die/der Versicherte bestätigt durch eine weitere Unterschrift den Erhalt der vollständig erbrachten pDL.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Unterschrift durch Apothekenmitarbeiter/in

Die Langversion dieser Vereinbarung liegt in der Apotheke aus.

ERWEITERTE MEDIKATIONSBERATUNG BEI POLYMEDIKATION

Kurzfassung der Vereinbarung zwischen Versicherter/tem und
Apotheke über die Inanspruchnahme der Dienstleistung
(Stand: 01.06.2023)

zum Verbleib in der Apotheke

Quittierung des Erhalts der pharmazeutischen Dienstleistung

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pharmazeutischen Dienstleistung „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“:

Ort, Datum, Unterschrift der/des Versicherten

Bei erneuter Leistungserbringung: Bestätigung der Anspruchsberechtigung und Quittierung des Erhalts

Ich befinde mich in ambulanter, häuslicher Versorgung und nehme aktuell und voraussichtlich auch über die nächsten 28 Tage mindestens 5 Arzneimittel (verschiedene, ärztlich verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel/Inhalativa) in der Dauermedikation ein bzw. wende diese an.

Ich bestätige, dass bei mir während der letzten 12 Monate keine „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ durchgeführt wurde bzw. dass bei meiner Medikation erhebliche Umstellungen vorgenommen wurden (definiert als mindestens 3 neue/andere systemisch wirkende Arzneimittel/Inhalativa innerhalb von 4 Wochen als Dauermedikation).

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“:

Ort, Datum, Unterschrift der/des Versicherten

ERWEITERTE MEDIKATIONSBERATUNG BEI POLYMEDIKATION

Kurzfassung der Vereinbarung zwischen Versicherter/tem und
Apotheke über die Inanspruchnahme der Dienstleistung
(Stand: 01.06.2023)

Erklärung der Entbindung von der Schweigepflicht

bei Inanspruchnahme der pharmazeutischen Dienstleistung (pDL)
„Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“

Die/der Versicherte ist damit einverstanden, dass die nachfolgend genannte(n) Person(en),

Daten der Apothekerin/ des Apothekers;

Daten der Apothekerin/ des Apothekers (ggf. mehrere)

zur Erfassung, Bewertung und Lösung arzneimittelbezogener Probleme (ABP) Rücksprache mit der/den nachfolgend genannten Person(en) hält/halten und den aktualisierten Medikationsplan bzw. die Medikationsübersicht und ggf. weitere relevante Informationen (z.B. mögliche Interventionen/Vorschläge) an folgende Person(en) schriftlich übermittelt/übermitteln:

Daten der hauptbetreuenden Ärztin/ des hauptbetreuenden Arztes;

Daten der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes (ggf. mehrere)

In vorgenanntem Umfang werden die aufgeführten Apotheker/innen und Ärzte/innen von ihrer Schweigepflicht gemäß § 203 Absatz 1 Ziffer 1 StGB entbunden.

Ort, Datum, Unterschrift der/des Einwilligenden