

Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) „Erweiterten Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“

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

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pDL wird zwischen dem/der Versicherten und der Apotheke eine Vereinbarung geschlossen. Der wesentliche Inhalt dieser Vereinbarung wird im Folgenden wiedergegeben¹. Vertragsparteien sind:



Salinen-Apotheke, Friedrichshaller Str. 15, 74177 Bad Friedrichshall
info@salinen-apotheke-bad-friedrichshall.de Tel.: +49 7136 98 11 0



Apotheke im Medicus, Hagenbacher Str. 2, 74177 Bad Friedrichshall
info@apotheke-im-medicus.de Tel.: +49 7136 95 19 0



Rosen Apotheke, Rathausplatz 34, 74388 Talheim
info@rosen-apotheke-talheim.de Tel.: +49 7133 98 62 0

Versicherte Person

Name _____ Geburtsdatum _____
Vorname _____ Krankenkasse _____
Anschrift _____ Vers.-Nr. _____
_____ Kassen-Nr.: _____

Es erfolgt eine Einweisung in die Anwendung eines Inhalationsdevices mit einer praktischen Demonstration und anschließender Übung durch den/die Versicherte/n nach einem Standardprozess. Hierzu wird ein „Dum-my-Arzneimittel“ bzw. Placebo vom Inhalatortyp des/der Versicherten verwendet, ggf. auch dessen eigenes Arzneimittel.

Der/die Versicherte bestätigt, dass bei ihm/ihr eine Neuverordnung eines Inhalationsgerätes (Devices) bzw. Geräte-/Devicewechsel vorliegt oder dass er/sie während der letzten 12 Monate keine Einweisung mit praktischer Übung in das von der Apotheke abgegebene Device erhalten hat und in kein DMP Asthma oder COPD eingeschrieben ist. Der/die Versicherte oder dessen gesetzliche/r Vertreter/in willigt in die Erbringung der pDL ein. Er/sie bindet sich zur Inanspruchnahme der pDL an die als Vertragspartner gewählte Apotheke. Er/sie sichert zu, die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle für die Erbringung der pDL erforderlichen Angaben zu machen. Die Angaben des/der Versicherten oder dessen gesetzliche/r Vertreter/in und seine/ihre 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.

Der/die Versicherte oder dessen gesetzliche/r Vertreter/in kann die Inanspruchnahme der pDL ohne Angaben 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 Neuverordnung eines Inhalationsgerätes (Devices) bzw. Geräte-/Devicewechsel erneut in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus besteht für beide Vertragsparteien das Recht zur außerordentlichen Kündigung. Der/die Versicherte oder dessen gesetzliche/r Vertreter/in bestätigt durch eine weitere Unterschrift den Erhalt der vollständig erbrachten pDL.

Ich bin einverstanden, dass die Apotheke meine Kontaktdaten dazu verwendet, mich über weitere Möglichkeiten der Inanspruchnahme pharmazeutischer Dienstleistungen zu informieren (z.B. über die erneute Erbringung der pDL nach Ablauf von 12 Monaten). Ich kann diese Einwilligung gegenüber der Apotheke jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten/
des/der gesetzlichen Vertreter/in

Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke

¹) Die Langfassung dieser Vereinbarung ist zu finden unter <https://www.salinen-apotheke-bad-friedrichshall.de>, www.apotheke-im-medicus.de oder www.rosen-apotheke-talheim.de;

Datenschutz

Entbindung von der Schweigepflicht

Kontaktaufnahme mit dem Arzt & Erinnerung Wiederholungstermin

- Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zu meinen Arzneimitteln sowie die Inhalte der Beratungs Gespräche und die dazugewonnenen Kenntnisse gespeichert werden. Die Datenspeicherung dient ausschließlich meiner Beratung. Den mit der Datenspeicherung beauftragten Personen ist es untersagt, meine Daten an Dritte weiterzuleiten oder ihnen diese zugänglich zu machen. Die benannten Personen sind dem Datengeheimnis verpflichtet.

Auf meinen Wunsch hin bekomme ich Auskunft und kostenfrei einen Ausdruck all meiner persönlichen Daten, die von der Apotheke gespeichert wurden. Ferner habe ich das Recht auf Löschung meiner persönlichen Daten, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (z. B. Betäubungsmittelgesetz, Transfusionsgesetz) dagegensprechen. Sollte dies der Fall sein, werden meine Daten für eine weitere Nutzung gesperrt und nach der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gelöscht.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiere diese durch meine Unterschrift. Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

- Kontaktaufnahme mit dem verschreibenden Arzt / Hausarzt**
Die Apotheke darf zu dem Zweck, meine Arzneimitteltherapie zu optimieren, Kontakt zu meinem Arzt aufnehmen:

[Name & Anschrift des Arztes]

- Erinnerung an eine Wiederholung der pDL „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“ nach 12 Monaten**

Die Apotheke darf mich nach 12 Monaten

per E-Mail: _____

per Telefon: _____

zur Terminvereinbarung für eine Wiederholung der oben genannten Dienstleistung kontaktieren.

[Ort, Datum]

[Unterschrift der Versicherten Person]