

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

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 wiedergegeben<sup>1</sup>. 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.: \_\_\_\_\_

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 dem Arzt/der Ärztin und mit dem/der Versicherten besprochen und Lösungen vereinbart. Der/die Versicherte erhält einen aktuellen und risikoprüften Medikationsplan.

Der/die 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. Der/die Versicherte willigt in die Erbringung der pDL ein und bindet sich zur Inanspruchnahme an die als Vertragspartner gewählte Apotheke. Der/die Versicherte sichert zu, die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle dazu erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere hinsichtlich der Medikation, der Erkrankungen sowie ggf. relevanter Laborwerte zum Beispiel aus aktuellen Arzt- und Entlassbriefen. Die Angaben des/der Versicherten 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.

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

Der/die 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. Der/die Versicherte 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

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

- Erinnerung an eine Wiederholung der pDL „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ 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]

#### Erklärung der Entbindung von der Schweigepflicht

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

- Der/die Versicherte ist damit einverstanden, dass die

**Salinen-Apotheke**  
Friedrichshaller Str. 15,  
74177 Bad Friedrichshall  
Tel.: +49 7136 98 11 0

**Apotheke im Medicus**  
Hagenbacher Str. 2  
74177 Bad Friedrichshall  
Tel.: +49 7136 95 19 0

**Rosen Apotheke**  
Rathausplatz 34  
74388 Talheim  
Tel.: +49 7133 98 62 0

zur Erfassung, Bewertung und Lösung arzneimittelbezogener Probleme (ABP) Rücksprache mit den behandelnden Arzt\*innen hält, in diesem Zusammenhang auch erforderlichenfalls gesundheitsbezogene Angaben des/der Versicherten offenbart und den aktualisierten Medikationsplan bzw. die Medikationsübersicht und ggf. weitere relevante Informationen (z. B. mögliche Interventionen/Vorschläge) an die die behandelnden Arzt\*innen schriftlich übermittelt.

**In vorgenanntem Umfang werden die aufgeführte Apotheke, die behandelnden Arzt\*innen von ihrer Schweigepflicht gemäß § 203 Absatz 1 Ziffer 1 StGB entbunden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten