Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

**Erweiterte Einweisung in die korrekte**

**Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik**

* **Kurzfassung der Vereinbarung zwischen Apotheke und Versichertem/er über die Inanspruchnahme der Dienstleistung**

Stand der Revision: 12.04.2024

**Hinweise zur Nutzung der Vereinbarung**

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) wird zwischen dem/der Versicherten und der Apotheke eine Vereinbarung geschlossen. Hierfür kann diese Kurz- oder die Langfassung verwendet werden. Wird diese Kurzversion verwendet, ist in der Fußzeile ein Hinweis zu ergänzen, wo die Langfassung der Vereinbarung zu finden ist. Diese kann zum Beispiel in der Apotheke ausgelegt oder auf der apothekeneigenen Homepage zur Verfügung gestellt werden. Die hier aufgeführte Kurzfassung gibt die wesentlichen Inhalte der Langfassung wieder.

Neben der Unterzeichnung der Vereinbarung ist der Erhalt der erbrachten Dienstleistung durch den Versicherten/die Versicherte auf dieser Vereinbarung zu quittieren. Da sich die/der Versicherte bezüglich dieser pDL an die Vertragsapotheke bindet, reicht bei erneuter Erbringung dieser pDL eine weitere Quittierung des Erhalts und die Bestätigung der Anspruchsvoraussetzungen. Diese ist zusammen mit der Vereinbarung aufzubewahren.

Die Vereinbarung ist mit den Daten der Apotheke zu ergänzen und sollte an die individuellen Gegebenheiten in der Apotheke angepasst werden.

Ein Bild, das Text, Logo, Schrift, Grafiken enthält.

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

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

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**[[1]](#footnote-1)**. Vertragsparteien sind:

**Apotheke** **Versicherte(r)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name und Anschrift |  | Name, Vorname  Anschrift |  |
| Apothekeninhaber/in |  | Telefonnummer(optional) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Abrechnungsdaten** (optional, sofern noch nicht vorhanden) | | | |
| Geburtsdatum Versicherte(r) |  | Kostenträgerkennung (IK) |  |
| Krankenkasse |  | Versichertennummer |  |

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 „Dummy-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 |

**Quittierung des Erhalts**

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten/ des/der gesetzlichen Vertreter/in

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

Ein Bild, das Text, Logo, Schrift, Grafiken enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

**Bei erneuter Leistungserbringung: Bestätigung der Anspruchsberechtigung und Quittierung des Erhalts**

Ich bestätige, dass bei mir eine Neuverordnung eines Inhalationsgerätes (Devices) bzw. Geräte-/Devicewechsel vorliegt oder dass ich während der letzten 12 Monate keine Einweisung mit praktischer Übung in das von der Apotheke abgegebene Device in einer Arztpraxis oder Apotheke erhalten habe und nicht in das DMP Asthma oder COPD eingeschrieben bin.

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten/ des/der gesetzlichen Vertreter/in

1. Die *Langfassung der Vereinbarung* *ist zu finden unter [….]/liegt zur Einsicht in der Apotheke aus.*

   ***(Bitte ggf. durch Link zur Apothekenhomepage vervollständigen und Unzutreffendes streichen.)*** [↑](#footnote-ref-1)