

Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) „Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“

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 wird eine standardisierte Dreifach-Messung bei Versicherten mit diagnostiziertem Bluthochdruck durchgeführt. In Abhängigkeit von dem Mittelwert aus der 2. und 3. Messung erhält der/die Versicherte eine konkrete Empfehlung zu Maßnahmen. Bei Werten oberhalb definierter Grenzwerte, erhält der/die Versicherte die Empfehlung zur zeitnahen weiteren Abklärung durch eine/n Arzt/Ärztin.

Der/die Versicherte bestätigt, dass bei ihm/ihr ärztlich festgestellter Bluthochdruck vorliegt und dass die blutdrucksenkende Arzneimitteltherapie seit mindestens 2 Wochen unverändert ist. Darüber hinaus bestätigt der/die Versicherte, dass während der letzten 12 Monate keine Blutdruckmessung in einer öffentlichen Apotheke durchgeführt wurde bzw. eine Änderung der blutdrucksenkenden Medikation im Rahmen einer Neuverordnung vorliegt. Der/die Versicherte willigt in die Erbringung der pDL ein. Er/sie bindet sich zur Inanspruchnahme der pDL 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 des Zeitpunktes der Diagnosestellung, der Medikation und weiteren Begleiterkrankungen sowie ausgewählten Risikofaktoren gemäß dem Informationsbogen Blutdruck (bei bestehendem Blut-hochdruck). 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.

Der/die Versicherte 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 erst nach Ablauf von 12 Monaten nach Abbruch der Leistung bzw. bei Änderung der blutdrucksenkenden Medikation ab 2 Wochen nach Einlösung einer Neuverordnung 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

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 „Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“ 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]