

# Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) der "Erweiterten 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:

## St. Gotthard Apotheke

Dr. Richard Klämbt • St.-Gotthard-Str. 3 • 28325 Bremen • 0421 422024 • [info@st-gotthard-apotheke.de](mailto:info@st-gotthard-apotheke.de)

### Versicherte\*r

<b>Vollständiger Name:</b>	
<b>Straße, Hausnr.:</b>	
<b>PLZ, Ort:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>Krankenkasse (IK-Nr.):</b>	
<b>Versichertenr.:</b>	

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.

**Bremen,**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

☐

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des/der Versicherten**

<sup>1</sup> Die Langfassung der Vereinbarung finden Sie unter <https://www.st-gotthard-apotheke.de/leistungen> und zur Einsicht in der Apotheke.

Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) der  
"Erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation"



**ERKLÄRUNG DER ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT**

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

Der/die Versicherte ist damit einverstanden, dass die nachfolgend genannten Personen,

**Frau C. Bartels-Ohlendorf, Frau E. Gutierrez, Frau I. Kurth und Frau K. Schwettmann**

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 des hauptbetreuenden Arztes/ der hauptbetreuende Ärztin; ggf. mehrere

Daten des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin; ggf. mehrere

Daten des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin; ggf. mehrere

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

Bremen,



Ort, Datum

Unterschrift des/der Einwilligenden

**QUITTIERUNG DES ERHALTS DER PDL**

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Erweiterten Medikationsberatung bei Polypharmazie“:

Bremen,



Ort, Datum

Unterschrift des/der 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 Polypharmazie“ 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 „Erweiterten Medikationsberatung bei Polypharmazie“:

Bremen,



Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten