



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

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.

Vertragsparteien sind:

### Apotheke

### Versicherte(r)

Name und Anschrift	Löwen Apotheke Eltville Schwalbacher Str. 11 65343 Eltville 06123-2516 info@loewen-apotheke-eltville.de	Name, Vorname Anschrift	
Apothekeninhaber/in	Susanne Mainka	Telefonnummer (optional)	

### Abrechnungsdaten Versicherte(r) (optional, sofern noch nicht vorhanden)

Geburtsdatum Versicherte(r)		Kostenträgerkennung (IK)	
Kranken- kasse		Versichertennummer	

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 risikogepflichten 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

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

### Quittierung des Erhalts

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Erweiterter Medikationsberatung bei Polymedikation“:

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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.)

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten  
zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Versicherten/die Versicherte)



## Erklärung der Entbindung von der Schweigepflicht

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

Der/die Versicherte ist damit einverstanden, dass die nachfolgend genannte Apotheke,

---

Daten der Apotheke und des Inhabers/der Inhaberin

zur Erfassung, Bewertung und Lösung arzneimittelbezogener Probleme (ABP) Rücksprache mit den behandelnden Ärzt\*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 behandelnden Ärzt\*innen schriftlich übermittelt.

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

---

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 Polymedikation“ 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 „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“:

---

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten