

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

## Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) der “Pharmazeutischen Betreuung bei oraler Tumorthherapie”

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 (die Langfassung der Vereinbarung liegt zur Einsicht in der Apotheke aus). Vertragsparteien sind:

### Apotheke

|                     |  |
|---------------------|--|
| Name und Anschrift  | Priv. Adler Apotheke<br>Wandsbeker Marktstr. 73<br>22041 Hamburg |
| Apothekeninhaber:in | Holger Gnekow und Heike Gnekow (oHG)                             |

### Versicherte:r

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Name und Anschrift                 |   |
|                                    | <b>Abrechnungsdaten (optional, sofern noch nicht vorhanden)</b> |
| <b>Geburtsdatum Versicherte(r)</b> |   |
| <b>Krankenkassen</b>               |   |
| <b>Kostenträgerkennung (IK)</b>    |   |
| <b>Versichertennummer</b>          |   |

Die Dienstleistung beinhaltet insbesondere die umfassende Erhebung der Gesamtmedikation unter Berücksichtigung der Besonderheiten der oralen Antitumorthherapie sowie darauf aufbauend die pharmazeutische Risikoüberprüfung. Hierdurch sollen mögliche Probleme wie Doppelmedikationen, Interaktionen und Anwendungsproblemen erkannt werden. Bei Problemen werden zur Optimierung der Arzneimitteltherapie Vorschläge entwickelt. Diese werden ggf. mit der Ärztin/dem Arzt und mit dem/der Versicherten besprochen und Lösungen vereinbart. Der/die Versicherte erhält einen aktuellen und risikogeprüften Medikationsplan. Das

Folgegespräch dient dazu, weitere Fragen und mögliche Probleme mit der neuen oralen Antitumorthherapie gemeinsam mit der/dem Apotheker:in zu besprechen. Der/die Versicherte befindet sich in ambulanter Versorgung und hat erstmalig innerhalb der letzten sechs Monate mit einer ärztlich verordneten oralen Antitumorthherapie begonnen oder hat eine weitere ärztlich verordnete orale Antitumorthherapie innerhalb der letzten sechs Monate als Folgetherapie begonnen. 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 Angaben von Gründen mit sofortiger Wirkung schriftlich (per Post, Telefax, E-Mail) kündigen. Bei einer Kündigung während der Erbringung der pDL kann diese erst wieder bei Aufnahme einer ärztlich verordneten Folgetherapie 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.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/der Versicherten

---

Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke

**Die Langversion dieser Vereinbarung liegt in der Apotheke aus.**

zum Verbleib in der Apotheke

## **Quittierung des Erhalts der pharmazeutischen Dienstleistung**

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pharmazeutischen Dienstleistung „Erweiterte Medikationsberatung bei oraler Antitumorthherapie“:

---

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

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

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt des semistrukturierten Folgegesprächs im Rahmen der pDL „Erweiterte Medikationsberatung bei oraler Antitumorthherapie“.

---

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

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

Ich bestätige, dass ich eine weitere ärztlich verordnete orale Antitumorthherapie als Folgetherapie begonnen habe.

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der „Erweiterten Medikationsberatung bei oraler Antitumorthherapie“.

---

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt des semistrukturierten Folgegesprächs im Rahmen der pDL „Erweiterte Medikationsberatung bei oraler Antitumorthherapie“.

---

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

## Erklärung der Entbindung von der Schweigepflicht

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

Der/die Versicherte ist damit einverstanden, dass die nachfolgend genannte(n) Person(en),

---

Daten des Apothekers/ der Apothekerin; ggf. mehrere

---

Daten des Apothekers/ der Apothekerin; ggf. mehrere

---

Daten des Apothekers/ der Apothekerin; ggf. mehrere

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.

---

Ort, Datum, Unterschrift des/der Einwilligenden