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

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]. Vertragsparteien sind:

Apotheke		**Versicherte(r)**	
Name und Anschrift	**Bio 7.0 Apotheke Kurfürstendamm 203-205 10719 Berlin**	Name, Vorname Anschrift	
Apothekeninhaber/in	**Marietta Dubinski**	Telefonnummer(optional)	

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

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 Bluthochdruck). 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.

[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.)

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten/
des/der gesetzlichen Vertreter/in

Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke

pDL

Quittierung des Erhalts

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Standardisierte Risikofassung hoher Blutdruck“:

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

Bei erneuter Leistungserbringung: Bestätigung der Anspruchsberechtigung und Quittierung des Erhalts

Ich bestätige, dass bei mir ein ärztlich festgestellter Bluthochdruck vorliegt und dass die blutdrucksenkende Arzneimitteltherapie seit mindestens 2 Wochen unverändert ist. Darüber hinaus bestätige ich, 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.

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Standardisierte Risikofassung hoher Blutdruck“:

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