

Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) der „Pharmazeutischen Betreuung von Organtransplantierten“

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:

Apotheke

Name und Anschrift der Apotheke	
Apothekeninhaber/in	

Versicherte(r)

Name, Vorname, Anschrift	
--------------------------	--

Abrechnungsdaten (optional, sofern noch nicht vorhanden)

Geburtsdatum Versicherte(r)	
Krankenkassen	
Kostenträgerkennung (IK)	
Versichertennummer	

Die Dienstleistung beinhaltet insbesondere die umfassende Erhebung der Gesamtmedikation unter Berücksichtigung der Besonderheiten der immunsuppressiven Therapie nach Organtransplantation sowie darauf aufbauend die pharmazeutische Risikoprüfung. Hierdurch sollen mögliche Probleme wie Doppelmedikationen, Interaktionen und Anwendungsproblemen erkannt werden. Bei Problemen werden zur Optimierung der Arzneimitteltherapie Vorschläge entwickelt. Diese werden ggf. mit dem Arzt und mit dem Versicherten besprochen und Lösungen vereinbart. Der Versicherte erhält einen aktuellen und risikoprüften Medikationsplan. Das Folgegespräch dient dazu, weitere Fragen und mögliche Probleme mit der neuen immunsuppressiven Therapie gemeinsam mit dem Apotheker zu besprechen.

Der Versicherte befindet sich in ambulanter Versorgung und hat erstmalig innerhalb der letzten sechs Monate mit einer immunsuppressiven Therapie nach Organtransplantation ambulant begonnen oder die Therapie hat sich aufgrund einer Neuverordnung eines Immunsuppressivums nach Organtransplantation geändert. Der Versicherte willigt in die Erbringung der pDL ein und bindet sich zur Inanspruchnahme an die als Vertragspartner gewählte Apotheke. Der 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 Versicherten und seine 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 ebenso wie für die Übersendung des Ergebnisberichts an den hauptbehandelnden Arzt muss der Patient den Heilberufler von der Schweigepflicht entbinden. Hierzu ist die anhängende Erklärung zu unterzeichnen.

Der Versicherte kann die Inanspruchnahme der pDL ohne Angaben von Gründen mit so-fortiger 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 Versicherte bestätigt durch eine weitere Unterschrift den Erhalt der vollständig erbrachten pDL.

¹ Die Langfassung der Vereinbarung ist zu finden unter [...] / liegt zur Einsicht in der Apotheke aus.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke

Quittierung des Erhalts der pDL

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

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten

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

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten

Bei erneuter Leistungserbringung: Bestätigung der Anspruchsberechtigung und Quittierung des Erhalts

Ich befinde mich in ambulanter Versorgung und meine Therapie hat sich aufgrund einer Neu-verordnung eines Immunsuppressivums nach Organtransplantation geändert.

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der „Erweiterten Medikationsberatung“ bei immunsuppressiver Therapie.

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt des semistrukturierten Folgegesprächs im Rahmen der pDL „Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten“.

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten

Erklärung der Entbindung von der Schweigepflicht

bei Inanspruchnahme der pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) der „Pharmazeutischen Betreuung von Organtransplantierten“

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

Daten des Apothekers; ggf. mehrere

Daten des Apothekers; ggf. mehrere

Daten des Apothekers; 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; ggf. mehrere

Daten des hauptbetreuenden Arztes; ggf. mehrere

Daten des hauptbetreuenden Arztes; ggf. mehrere

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

Ort, Datum, Unterschrift des Einwilligenden

Den jeweils aktuellen Stand der Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung „Pharmazeutischen Betreuung von Organtransplantierten“ finden Sie im Mitgliederbereich der ABDA: <https://www.abda.de/pharmazeutische-dienstleistungen/pharmazeutische-betreuung-von-organ-transplantierten/>