

## Checkliste zur pharmazeutischen Dienstleistung „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung und Üben der Inhalationstechnik“ für den Easyhaler®



### 1. Welche Personen sind anspruchsberechtigt, diese Dienstleistung zu erhalten?

- Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren mit Neuverordnung von Devices zur Inhalation
- Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren bei Device-Wechsel
- Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren, die während der letzten 12 Monate keine Einweisung mit praktischer Übung mit dem entsprechenden Inhalatortyp in einer Arztpraxis oder Apotheke erhalten haben (Voraussetzung: keine Einschreibung im DMP Asthma/COPD)

### 2. Vereinbarung unterschreiben lassen (Vordruck siehe Mappe)

### 3. Termin vereinbaren

### 4. Überprüfen, ob ein Dummy-Device (Easyhaler®)/Servicematerial für den Patienten vorhanden ist, ggf. bestellen unter: <https://www.wehale.life/de/fachkreise/hcp/hcp-shop/>

### 5. Einweisung mit Übung und Dokumentation der Dienstleistung durch PTA/Apotheker (Dokumentationsbogen siehe Mappe)

### 6. Den Erhalt der pharm. Dienstleistung vom Patienten unterschreiben lassen (Vordruck siehe Vertrag)

### 7. In der Apotheke werden der Vertrag, der vom Patienten unterschriebene Nachweis über den Erhalt der Dienstleistung und der Dokumentationsbogen abgeheftet.

### 8. Abrechnung mittels Sonderbeleg und Sonder-PZN 17716783 (Anleitung siehe Mappe)

### 9. Sonderbeleg an das Rechenzentrum schicken

### 10. Nach 12 Monaten Patienten an eine Wiederholungsübung erinnern; dazu muss vorab eine Erlaubnis eingeholt werden (Anleitung siehe Mappe).

### 11. Um mit dem Arzt Kontakt aufnehmen und über die Ergebnisse der Dienstleistung sprechen zu dürfen, ist eine vom Patienten unterschriebene Erlaubnis erforderlich (Anleitung siehe Mappe).

Bitte Rückseite beachten ►

**Datenschutz / Kontaktaufnahme mit dem Arzt /  
Erinnerung Wiederholungstermin**

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zu meinen Arzneimitteln sowie die Inhalte der Beratungsgespräche und die dazugewonnenen Kenntnisse gespeichert werden. Die Datenspeicherung dient ausschließlich meiner Beratung. Den mit der Datenspeicherung beschäftigten Personen ist es untersagt, meine Daten an Dritte weiterzuleiten oder ihnen diese zugänglich zu machen. Die benannten Personen sind dem Datengeheimnis verpflichtet.

Auf meinen Wunsch hin bekomme ich Auskunft und kostenfrei einen Ausdruck all meiner persönlichen Daten, die von der Apotheke gespeichert wurden. Ferner habe ich das Recht auf Löschung meiner persönlichen Daten, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (z. B. Betäubungsmittelgesetz, Transfusionsgesetz) dagegensprechen. Sollte dies der Fall sein, werden meine Daten für eine weitere Nutzung gesperrt und nach der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gelöscht.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiere diese durch meine Unterschrift. Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

**Kontaktaufnahme mit dem verschreibenden Arzt/Hausarzt**

Die Apotheke darf zum Zweck, meine Arzneimitteltherapie zu optimieren, Kontakt mit meinem Arzt,  
\_\_\_\_\_ (Name und Anschrift des Arztes), aufnehmen.

**Erinnerung an eine Wiederholung der erweiterten Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik nach 12 Monaten**

Die Apotheke darf mich nach 12 Monaten per E-Mail \_\_\_\_\_  
(E-Mail des Patienten)  
oder per Telefon \_\_\_\_\_ (Tel.-Nr. des Patienten) zur  
Terminvereinbarung für eine Wiederholung der oben genannten Dienstleistung kontaktieren.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient



Apothekenstempel